

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD ODONTOLOGÍA

**Estudio de las actitudes psicológicas del adolescente
frente a la exodoncia como situación de stress**

TESIS

para optar el grado de Bachiller en Odontología

AUTOR

Leoncio Vladimir Menéndez Méndez

Lima – Perú

1974

A MIS PADRES

A MARIA

CON GRATITUD AL PROFESOR
SERGIO ZAPATA AGURTO.

S U M A R I O

INTRODUCCION.

PRIMERA PARTE

PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

Pág:

I.- Selección del Problema de la Investigación.....	1
II.- Definición del Problema de la Investigación.....	6
III.-Significatividad del Problema de la Investigación.	7
IV.- Marco de Referencia.....	8
V.- Definiciones Operacionales del Problema de la Investigación.....	10
VI.- Sistema Teórico.....	19
1.- El Concepto de Adolescente.....	19
2.- La Formación de Actitudes.....	34
3.- El Concepto de Stress y Síndrome General de Adaptación.....	44
4.- Aspectos Psicológicos: La Estructura Psíquica y el Desarrollo Psico-Sexual.....	52

SEGUNDA PARTE

MATERIAL Y METODOS

I.- Viabilidad de la Investigación.....	68
II.- Nivel de la Investigación.....	69
III.-Variables de la Investigación.....	69
IV.- Universo de la Investigación: La Muestra.....	73

V.- Instrumentos utilizados en la recolección de Datos.....	74
- Criterios usados para las definiciones del cuestionario y ficha de observación.....	76
VI.- Metodología de la Investigación.....	90

TERCERA PARTE

RESULTADOS

I.- Variables de Encuadramiento.....	92
II.- Análisis de los Estados Anímicos Afectivos y su relación con las actitudes psicológicas del adolescente en el stress exodóntico.....	100
III.-Comparación de las Actitudes Psicológicas del adolescente durante las cuatro situaciones de stress.....	141
IV.- Análisis de las Actitudes Psicológicas del adolescente frente a la exodoncia como situación de stress.....	149
V.- Análisis post-exodoncia: Opinión de los adolescentes sobre la exodoncia.....	202

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

APENDICES

DEFINICIONES:

A.- Razgo y Actitud.

B.- Clasificación de los Temperamentos.

C.- Estados Anímicos Patológicos de la Infancia y Adolescencia.

Cuestionarios y Ficha de Observación Utilizados.

I N T R O D U C C I O N

Dentro de las ciencias de la salud, la odontología tiene como objetivos específicos la prevención, curación, rehabilitación e investigación del aparato estomatognático.

En la actualidad los avances y esfuerzos de ésta ciencia están orientados casi siempre a perfeccionar técnicas restaurativas sofisticadas. Sin embargo la odontología debe comprender en su estudio al aparato estomatognático como constituyente de la persona humana y ella a la vez entendida como unidad psicofísica relacionada - con su medio ambiente, de cuya armonía dependerá la homeosostasis y ajuste de todo el ser. Basandonos de este último criterio hemos tratado de estudiar sistemáticamente, el desarrollo de las reacciones, manifestaciones y actitudes de los adolescentes frente al procedimiento quirúrgico de la exodoncia como situación de stress.

Los objetivos formulados para la investigación son los siguientes:

- 1.- Analizar los estados anímicos afectivos del adolescente y su relación con las actitudes psicológicas.
- 2.- Comparar las actitudes psicológicas adoptadas durante las cuatro situaciones de stress.
- 3.- Describir y analizar las actitudes psicológicas en la situación de stress intervención.
- 4.- Formular los procedimientos adecuados para neutralizar las actitudes negativas.

La naturaleza de los objetivos formulados comprende tanto el aspecto de la Investigación Pura como de la Aplicada.

El presente trabajo está dividido en 3 partes: primera parte: El Problema de la Investigación; segunda parte: Material y Métodos; tercera parte: Resultados.

Agradezco al Dr. Leonardo S. Higuera, por la orientación en la construcción y utilización de los cuestionarios al Dr. Nicésforo Espinoza por la lectura del borrador; a los profesores del Departamento de Odontología de la U.P.C.H. por las facilidades brindadas para la investigación, y a todas las personas que han colaborado en la terminación del presente trabajo.

PRIMERA PARTE
PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

ESTUDIO DE LAS ACTITUDES PSICOLOGICAS
DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA EXODONCIA
COMO SITUACION DE STRESS.

I.- SELECCION DEL PROBLEMA.

La comprensión de la conducta individual y colectiva requiere un adecuado conocimiento de las actividades sociales. Si es verdad que no toda conducta expresa actitudes, éstas manifiestan las conductas más significativas de las personas y de los grupos. Las actitudes nos dan la certeza de su disposición mental, de su aceptación o rechazo, de una adaptación o inhibición que toda persona es susceptible de manifestar a objetos, personas o situaciones.

Para el estudio de las actitudes psicológicas, es necesario clasificarlas según la aceptación o el re-

chazo que adopta el individuo frente a una situación. Esta clasificación dará como resultados la existencia de actitudes positivas y actitudes negativas frente al stress exodóntico; mediante la presente investigación se buscará en que proporción o medida adopta el adolescente actitudes positivas o negativas en la situación de stress-exodóntico; cuales son las actitudes más características; - cuál es el estado anímico afectivo del individuo y su relación con las actitudes adoptadas por él.

De muchas maneras el odontólogo ve el significado emocional de la boca de los pacientes, éstos frecuentemente manifiestan actitudes de desconfianza, algunos pacientes nunca están satisfechos; en cambio otros, presentan una completa confianza diciendo en efecto "yo estoy en sus manos"Dr."; existen otros pacientes que manifiestan actitudes del tipo de regresión psicológica, reaccionando ante la necesidad de un tratamiento dental con actitudes menos juiciosas egocéntrica y pueril, el deseo de que lo cuiden hace revivir conflictos inconscientes olvidados que se iniciaron durante los primeros años de dependencia.

El adolescente presentará probablemente algunas de estas actitudes en una visita al consultorio dental;

más, cuando se trate de la exodoncia aumentarán las reacciones psicológicas, dado que la exodoncia es un tratamiento cruento en donde los estímulos percibidos y sentidos se hacen más intensos que cualquier otro tratamiento dental no quirúrgico, debido a la anticipación del dolor.

La exodoncia como situación de stress condiciona a que se realicen los estímulos siguientes: 1° estímulos externos: a) ambiente del consultorio, procedimiento quirúrgico de la exodoncia; d) factores socio-económicos, armonía del hogar, actitudes paternas; 2° estímulos internos; a) la reacción del organismo al stress; b) tipos constitucionales, estados anímicos afectivos.

1° Estímulos externos: a) Estos estímulos son percibidos por los órganos de los sentidos (la vista, el oído, el tacto, el olfato, etc.), los cuales se encargan de llevarlos a la corteza cerebral, para hacerlos conscientes (los colores del consultorio, las formas de los instrumentos, la palabra del profesional, la temperatura del ambiente, el olor de los medicamentos, etc.), los cuales se traducirán en reacciones motoras para acercarse, otras para alejarse según sea el estímulo agradable o desagradable. Así mismo, en el momento de la exodoncia, el individuo reaccionará primeramente a la inyección del anestési

sico; las terminaciones propioceptivas que se encuentran en el lugar del "incón" de la inyección transmitirán la desagradable sensación de dolor, y éstas se traducirán en reacciones nerviosas motoras o en inhibiciones. B) Los otros estímulos externos que el individuo los lleva consigo y adquiere a través de la sociedad, familia, cultura etc., son los denominados factores socio-económicos y culturales, estos factores indican, en qué condiciones viven y se desarrollan los adolescentes, cuales son sus recursos económicos, cual el grado de cultura que poseen. La familia como célula de la sociedad, tiene una importancia eminente en la formación de actitudes, ésta se reflejará la armonía del hogar, las actitudes paternas para con los hijos; las familias de escasos recursos económicos van a limitar en muchos aspectos su calidad de personas, la falta de solvencia económica para cubrir con las necesidades odontológicas que requieren tratamientos especializados, no van a ser realizados, la anterior situación también y la escasa cultura, y ésta a la vez repercute en la falta de conciencia de necesidades de salud oral, lo cual se hace un círculo vicioso. Las familias de recursos económicos altos o medianos acudirán a consultorios o clínicas privadas para solucionar su problema bucal; no siendo lo mismo, con las familias de escasos re-

cursos económicos, que pertenecen a clases bajas, este grupo de familias serán atendidas por sus necesidades bucales en centros de salud populares, como son los hospitales, postas dentales, en donde realizan escasamente un solo tipo de tratamiento odontológico, que es; la exodon
cia.

2° Estímulos internos: A) La reacción del organismo frente a la situación de stress, produce cambios en los tejidos, órganos, cambios hormonales, fisiológicos, bioquímicos. Esta reacción del organismo dependerá, por cierto, del buen estado de salud del individuo, de su alimentación, su raza, edad, sexo, etc., B) Los estímulos internos, como el tipo constitucional a que pertenece el individuo, predispondrá a diversas formas de reacción, así, un individuo viscerotónico frente al dolor, lo aceptará en forma de complacencia; un individuo somatotónico frente al dolor resistirá en forma de indiferencia espartana al dolor; y un individuo cerebrotónico reaccionará frente al dolor con una hipersensibilidad (ver apéndice B₂). Los estados anímicos-afectivos del individuo determinará tipos de actitudes psicológicas frente a la situación de stress. Hay pacientes que prácticamente no padecen do
lencia física, sin embargo se paran quejando de supuestas

enfermedades, son individuos que pasan de consultorio en consultorio, de médico en médico, lo que les ha llevado a su estado hipocondríaco ha sido las posibles perturbaciones emocionales que tiene el paciente sin resolverlas y trata de esta manera poner fin a dichas "dolencias"; para cuya solución profesional sera aconsejable la practica de psicoterapia superficial o de lo contrario la interconsulta al especialista.

II.- DEFINICION DEL PROBLEMA.

Todo ser humano aspira siempre a vivir en un constante equilibrio psicosomático, es decir, conservar en todo momento o circunstancia su "homeostasis"; Pero, sucede con regular frecuencia, que este equilibrio deseado, se ve perturbado por muchos factores que resumidos, son: las tensiones externas (ruidos constantes, múltiples ocupaciones, excesiva actividad, etc.), o internas (estados de angustia, emociones frecuentes y largas de duración, etc.); dando por resultado situaciones conflictivas, es decir, situaciones de stress. La exodoncia, experiencia cruenta por excelencia crea las situaciones de tensión externa; el individuo de acuerdo a la significabilidad que tiene para él la región oral y su estado -

anímico afectivo, crea las tensiones internas; resultado es una situación de conflicto o sea una situación de stress; esta situación la crea la exodoncia, definiremos el problema de la siguiente manera:

"La ausencia de homeostasis a causa del stress exodóntico determina en el adolescente una forma de comportamiento expresado en actitudes psicológicas".

En esta forma pensamos hacer la investigación que reúna en forma continua los aspectos: orgánicos, psicológicos y ambientales, dados en el stress.

III.- SIGNIFICATIVIDAD DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.

En los primeros años de la vida del niño centra su atención psicosexual alrededor de la zona oral, zona que dá al niño sus primeras satisfacciones, como también sus primeros displaceres. De esta forma, la cavidad oral y los dientes tienen un importante significado en el estudio de la psicología odontológica y por consiguiente también tendrá importancia el estudio de las actitudes psicológicas en el stress-exodóntico.

En la actualidad, existe una sola investigación

realizada sobre actitudes psicológicas frente al stress-exodóntico, que corresponden al grupo del niño y de la madre. La presente investigación, es la segunda en su género y la primera realizada en adolescentes específicamente.

Uno de los problemas en que se encuentra el odontólogo al realizar tratamientos quirúrgicos en adolescentes claro está después de la preparación preoperatoria y los cuidados operatorios y post-operatorios con sus respectivas indicaciones son: La duda o el desconocimiento del porqué los individuos reaccionan o asumen diversos tipos de actitudes con mayor frecuencia de forma negativa así como también, la falta de control por parte del profesional en estas situaciones; y, algunas veces él mismo odontólogo con sus actitudes servirá en unos casos a favorecer para ello, inconscientemente en otros crear situaciones tensas. Las sugerencias que se dan en la tercera parte y en las recomendaciones tratarán de solucionar este obstáculo teniendo como fin dar un mejor servicio profesional.

MARCO DE REFERENCIA.

Para el esclarecimiento de las actitudes psicológicas del adolescente frente a la exodoncia como situa

ción de stress, nos basaremos en los principios fundamentales de la concepción psicosomática de la siguiente manera:

1. Psicogénesis.- En el cual los procesos psicológicos consistentes en excitaciones del sistema nervioso, pueden ser estudiados por métodos psíquicos ya que son percibidos subjetivamente en forma de deseos o ideas (Alexander 1954).

2. Funciones fisiológicas afectadas por influencias psíquicas. Estas funciones pueden agruparse en tres categorías: a) La conducta volitiva está basada en funciones fisiológicas reguladas por el sistema nervioso voluntario cuyos órganos voluntarios son: los músculos estriados; los disturbios en estos órganos producirá síntomas de conversión histérica. b) Las inervaciones expresivas: son producidas bajo el influjo de tensiones emocionales específicas, como el llanto, la risa, el sonrojo, el suspiro, la ira, el miedo, etc.; estas emociones son activadas por vías extrapiramidales mediante el sistema nervioso central y vegetativo. c) Respuestas vegetativas a estados emocionales. Son debidas a que las influencias psíquicas producen reacciones viscerales; es estas respuestas vegetativas intervienen los sistemas parasimpático y simpático.

co, que actúan a nivel del corazón, pulmones, vasos sanguíneos, etc.

Muchas de las actitudes expresarán las características mencionadas durante la situación del stress exodóntico, (2) en el caso de las funciones fisiológicas afectados de influencia psíquica estarán en relación con los ítems de la ficha de observación del individuo, teniendo presente también que los rasgos y tipos de temperamento de cada individuo influirá en su comportamiento y su respectiva actitud

(1) La psicogénesis estará representado en las preguntas del cuestionario del índice médico de Cornell modificado.

IV.- DEFINICIONES OPERACIONALES.

El problema de la investigación quedó definido en los siguientes términos:

"La ausencia de homeostasis a causa del stress exodóntico determina en el adolescente una forma de comportamiento expresado en actitudes psicológicas".

Las definiciones operacionales de los términos mas significativos del problema se analizarán para prec

sar y aclarar el sentido en que dichos términos se emplean:

Se entiende por "ausencia" la carencia, la falta o privación de algo, en este caso es la privación, la ausencia del equilibrio psicosomático producido por tensiones externas o internas; estas tensiones producen estados de violencia, de agitación, donde está ausente la estabilidad corporal denominada homeostasis.

El término "Homeostasis" fué empleado por W. B. Cannon, para denominar al enunciado que estableció Claudio Bernard: "para el mantenimiento de la vida debía de conservarse la constancia del medio interno".(Pascualini 1951) en Fisiología homeostasis es la tendencia general a la uniformidad y estabilidad de los estados corporales normales y de naturaleza fisicoquímica de un organismo; (Migone 1970) como se verá mas adelante el stress produce desórdenes en esta uniformidad corporal actuando sobre el hipotálamo órgano que gobierna muchos de los procesos fisiológicos de relación psíquica. Para conservar la vida, evitar el dolor, para buscar la comodidad, es necesario que los seres humanos obtengan no sólo una serie de equilibrios, sino un equilibrio, ante la totalidad de cambios externos e internos. En psicología, a la serie de técnicas o procesos por cuya intervención el individuo trata de enfrentarse con es

tos cambios y de mantener su equilibrio satisfactorio entre sí mismo y su mundo, se les llama "ajuste", Hofling 1970 es el término psicológico sinónimo de homeostasis - término fisiológico. Los procesos de reacciones psicológicas como la angustia, ansiedad, adaptación, están relacionados con el ajuste psicológico.

"a causa" considera el origen o fundamento de producir determinada forma en el efecto. Los estados de tensión, de violencia que sufren las personas, en forma interna o externa constituyen los factores etiológicos del stress, éstos producen en el organismo serios disturbios funcionales y bioquímicos y serios desajustes. Las reacciones del psiquismo están condicionados por estados anímicos-afectivos, constitución temperamental del adolescente; los cuales aumentarán o disminuirán los ajustes y desajustes, respectivamente frente a una situación tenza.

"stress exodóntico", Selye define al stress como: una condición en la cual debido a función o lesión - extensas regiones del organismo se desvían de su estado de reposo; este alejamiento del estado de reposo, es causado por el estado de tensión, de violencia o esfuerzo - que significan stress a que puede estar sometido el orga

nismo, por cualquier causa que actúe sobre él. Pascualini 1951.

Stress exodóntico, es la exodoncia como situación de stress actúa en forma de alarmógeno; esta forma de acción se desenvuelve bajo tres aspectos tanto en el organismo como en el psiquismo. 1º el procedimiento quirúrgico de la exodoncia produce en la mayoría de los individuos asociaciones entre la eliminación de una pieza dentaria (elemento constitutivo de su cuerpo) realizada por la exodoncia, con situaciones y sentimientos pesados ocurridos en la primera infancia en dónde había el temor a la posibilidad de ser eliminada una parte de su organismo (esta relación se efectúa inconscientemente en el individuo). El efecto del anestésico troncular o infiltrativo en algunos casos produce shock, lipotimia según la idiosincrasia del organismo frente al agente anestésico, en otros casos se producirá el shock o lipotimia pero no será de origen fisiológico sino psicógeno.

2º El ambiente en donde se realiza la exodoncia, es decir el consultorio dental lugar no agradable por cierto para el paciente, pero los moldes de deber de mantener una buena salud, resignados en su mayoría asisten al consultorio dental para su tratamiento, éste, con su ambiente y las personas constituidas por el

odontólogo, la asistente dental, los objetos conocidos como sillón dental, instrumentos (forceps) condicionará un lugar algo lejano y poco comprensible para el paciente, que en muchas de las veces se presenta con un dolor en una forma de impotencia que el individuo no quisiera demostrar, y 3º el tiempo, es decir la duración de la situación de stress, dado por el lapso que demora el procedimiento exodóntico tomado el promedio del tiempo utilizado dá entre veinte y cuarenta minutos; tiempo por suficiente para que el organismo reaccione ante el stress, el cual va a producir cambios morfológicos, bioquímicos, que caracterizan a la primera fase o estado de alarma del síndrome general de adaptación. En este mismo tiempo cronológico se habrán producido desajustes en el individuo debido a las tensiones psicológicas que unidas a las tensiones orgánicas tratará de compensar con mecanismos psicológicos de defensa (identificación, represión, regresión, etc.), y si estos no pueden dominar la situación, los impulsos del individuo que no son controlados se transformarán en actitudes psicológicas negativas, en ansiedad o angustia, por ejemplo.

"Determinada", o sea establece, señala, dispone, ocasiona, produce una reacción en el individuo-como ya hemos descrito mas arriba-de carácter psicológico, de dis

posición interior, que está unido a las reacciones de caracter fisiológico, y éstas influídas por el medio ambiente.

"En el adolescente", es el individuo que sufre estas reacciones y cambios psicofisiológicos. El adolescente se encuentra en una época muy importante para su vida psicosocial, en esta etapa va a definir su personalidad; pero, antes de que llegue a la madurez completa, tiene que someterse a una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales de esta forma, va al organismo a experimentar los procesos de desarrollo, crecimiento y maduración de su organismo y psiquismo; los cambios morfológicos, fisiológicos y bioquímicos de su organismo, como también la forma de su comportamiento y conducta, no van a ser las mismas que cuando fue niño, ni las del adulto, que todavía no lo es. El niño y el adulto tienen diferentes reacciones al del adolescente; así, en el niño - lo que le caracteriza es la forma ingenua de sus manifestaciones psíquicas, su vida orientada hacia el mundo exterior; en el adulto, su personalidad ya definida, lo hace actuar con mas seguridad; en cambio, el adolescente - por encontrarse en una etapa intermedia y pasajera, porque ni es niño ni es adulto, su vivencia estará orientada hacia su vida interior, tenderá a las actitudes hacia

sí mismo, se fijará en su modo de vestirse, de comportarse es decir, tenderá a la autoobservación; también, no tardará mucho en notar la atención que se le dá cuando es observado; así, las pruebas que se les dá lo realizarán ya sea por timidez, criticismo o por el deseo de lucirse, accionará desviándose su modo de obrar natural; lo cual hace defícil su estudio.

El responsable del cuidado de sus dientes y de su boca es el dentista, éste debe estar alerta por las actitudes que adopte el adolescente hacia el diente o su boca que está en relación con la imágen del cuerpo que se tiene de sí mismo. Existen fuerzas que actúan en las relaciones dentista-paciente. Desde el punto de vista del odontólogo probablemente serán autoridad, conocimientos, la seguridad de su conducta y el poder (por lo menos desde el punto de vista del paciente) para hacer el bien o el mal. Desde el punto de vista del paciente probablemente serán la sumisión, la duda, los sentimientos de incertidumbre. La percepción de la relación existente entre el odontólogo y el adolescente, se hace más tensa por la experiencia quirúrgica, aparecen en las ideas fantásticas de la mayoría de los pacientes. Estas fantasías se basan en la personalidad prequirúrgica del paciente. (Ch, Hofling 1970).

"Una", este término singulariza el hecho del comportamiento del adolescente; que se halla este comportamiento dentro del tipo de conducta actitudinal, adquirida en la exodoncia como situación de stress. Esta conducta actitudinal varía en formas y grados. Las formas pueden ser positivas y negativas; los grados pueden llegar desde una indiferencia, hasta reacciones de tipo neuróticos o psicóticos según sea el estado afectivo, estructura de la personalidad del individuo.

"Forma de comportamiento", es la conducta del individuo que significa tener un poder intrínscico de autodeterminación y que persiguen activa y esforzadamente su propio bienestar y sus propios fines o propósitos. En consecuencia la manifestación o propósito o del esfuerzo dirigido hacia un fin constituye el signo de conducta, y la conducta es la característica de los seres vivientes. La conducta del individuo se expresan a través de su personalidad. La personalidad-la define Allport 1966-como la organización dinámica dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes unidos a su medio ambiente. La organización dinámica comprende el proceso motivacional, que se autorregula y que siempre está en constante cambio y desarrollo (en la sección VI N° 4 se explica). Y como sistemas psicofísicos comprenden

de a los hábitos, las actitudes específicas y en general los sentimientos y las disposiciones integradas dentro de la teoría de los rasgos. (Allport 1966).

Son las actitudes estas formas de comportamiento las cuales constituyen el objeto de la investigación; sería imposible abarcar los otros campos, pero del mismo modo sería también imposible estudiar las actitudes sin relacionar con los otros elementos de la personalidad(ver apéndice).

"Expresado en actitudes psicológicas", la vida anímica se refleja en la apariencia exterior, en los cambios y actitudes del cuerpo. En los cambios y equilibrios corporales se distinguen: 1. Aquellos que no pueden interpretarse sino como manifestaciones fisiológicas accesorias, por ejemplo, el sudor y el temblor que acompañan al miedo, 2. Los que se nos manifiestan con sentido psicológico, por ejemplo, el ceño que revela el enfado, La mímica, es la expresión del semblante y del cuerpo, tanto los gestos, ademanes y actitudes habituales; éste modo de expresión es, después del lenguaje, el más ejercitado y mejor comprendido por el hombre. Pero en general, con los ademanes y actitudes psicológicas se expresan más el status psicológico del individuo (Delgado 1964). En general el término actitud designa un estado de disposición

psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que invita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. Las actitudes son los fenómenos observables (Young 1968). Las actitudes dadas en el stress, son procesos psicológicos adquiridos por: experiencias pasadas de exodoncias; por la percepción del ambiente; por las fantasías y estados anímicos del adolescente. Estos procesos indicarán tendencia a la acción, o una predisposición más o menos generalizada y de tono afectivo a responder de un modo bastante persistente y característico por lo común positiva o negativamente frente a la situación de stress, al ambiente del consultorio, o al profesional odontólogo.

VI.- SISTEMA TEORICO.

El método fenomenológico se ha empleado para describir la teoría de stress, el desarrollo y los aspectos más importantes de la psicología aplicada al adolescente y explicar las actitudes psicológicas en relación con la situación exodóntica.

1.- El Concepto del Adolescente.

La adolescencia como un fenómeno que comprende

a los jóvenes de todas las clases sociales, de doce a veinte años de edad, nos formula las preguntas: Qué es el adolescente?; Qué aspectos caracterizan este período?; Cómo crece y se desarrolla somáticamente?; Cuál es su desarrollo mental y emocional?; Qué actitudes y comportamientos le son típicos al adolescente?. La explicación a éstas preguntas serán desarrolladas a continuación.

1.1. Definición.

La palabra adolescente viene del verbo latino Adolescere, que significa crecer; es el período comprendido entre los doce y veinte años, en que se cierra con la edad adulta (Brooks 1966). Es usual emplear para esta época de la vida dos términos semejantes que son: Pubertad y adolescencia; el primer término significa el tiempo de la maduración fisiológica; y el segundo o sea adolescencia significa la compleja interrelación entre los procesos fisiológicos y psicológicos.

1.2. Los aspectos que caracterizan este período son el crecimiento, el desarrollo, la maduración y el aprendizaje. El crecimiento significa todo cambio que sucede en el soma, con un crecimiento de volumen, es un cambio somático acompañado de procesos físico-químicos y modificaciones que se dan en la estructura del organismo (Gomez 1967).

El desarrollo en su acepción más simple es la adquisición de funciones, por el progresivo perfeccionamiento de las estructuras celulares, dentro de una secuencia genética predeterminada. Gomez 1967.

La maduración hace parte de la potencialidad del desarrollo, permite al ser su equilibrio con el medio ambiente y evidencia el normal ritmo de desarrollo y crecimiento. Existen varios tipos de madureces de acuerdo a: la edad,; ésta puede ser cronológica, anatómica, desarrollo de las estructuras corporales como talla y peso fisiológica, desarrollo de funciones orgánicas, capacidad pulmonar, potencia muscular, mental, grado de aptitud o madurez mental; social desarrollo de actitudes y hábitos emocional. Brooks 1966, Gomez 1967.

El aprendizaje, comprende los factores que determinan los condicionamientos que moldean la adaptación y el progreso de todo ser vivo (Brooks 1966, Gomez 1967).

1.3. En el proceso de crecimiento y desarrollo son muchos los factores que influyen en su aceleración o retraso: la raza, herencia, sexo, enfermedad, alimentación, ejercicio, etc. (Brooks 1966).

La talla y el peso; una rapidez de crecimiento en altura empieza en los varones de los doce a catorce - años, con crecimientos adicionales hasta los dieciocho - años; en las niñas se ve marcada desde los diez a los ca torce años, llegando a un límite a los diecisiete años. Peso es parecido en ambos sexos durante los catorce años.

1.3.1. La cabeza, el tronco y las extremidades. La altura de la cabeza en el recién nacido con respecto a la estatura total es aproximadamente cuatro y medio par tes, a los cinco años es 5 veces más grande; a los diez años es más de seis veces; a los quince es poco menos de siete veces; a los diecisiete a dieciocho está prácti camente completa (Brooks 1966, Carmichael 1967).

El tronco en la madurez es tres veces más alto que en el recién nacido, y casi dos veces y media más - grueso. El tórax durante la adolescencia se ensancha y gana en profundidad y altura, pero el desarrollo mayor - es en sentido vertical y horizontal (Brooks 1966, Carmi- chael 1967).

Las extremidades inferiores, en el adolescente son aproximadamente cuatro veces mas largas que al nacer

cuando llega la adultez es cinco veces mas largas.

1.3.2. Desarrollo del Sistema Nervioso. Las diferentes fibras del sistema nervioso están completas al nacer pero no todas las funciones orgánicas están completas al nacer; casi no hay aumento del largo, ancho, capacidad o peso del cerebro durante la adolescencia; porque éste ha alcanzado su tamaño normal adulto en la niñez. (Brooks 1966).

Durante la adolescencia las fibras musculares se vuelven más gruesas y largas; el aumento de la fuerza muscular se observa tanto en los varones como en las niñas. A los once años la diferencia de fuerza entre varones y mujeres es de cuatro kilos; pero a los diecisiete ha aumentado veinte kilos (Brooks 1966, Carmichael 1967).

En la adolescencia las niñas dan ventaja a los varones en dos años en desarrollo ósea; a los catorce, los huesos de la niña están casi maduros, y a los diecisiete lo están enteramente. Los huesos de las extremidades se alargan y engruesan; la mandíbula se hace más compacta y gruesa; la cara se desarrolla de acuerdo al desarrollo propios de la cara; la pelvis especialmente en las niñas

se ensanchan en relación a la altura. (Brooks 1966, Carmichael 1967).

En la adolescencia el crecimiento del sistema circulatorio se caracteriza por que los vasos sanguíneos crecen en longitud y diámetro, sus paredes se engruesan y adquieren mayor resistencia; el corazón aumenta de tamaño. A los seis años el corazón pesa cuatro o cinco veces mas que en el recién nacido; a los doce años es siete veces más; a los dieciocho años es diez o doce veces mas; y a los veinte años todavía algo más pesado. El desarrollo se nota en la presión sanguínea aumenta, de 80 mm de Hg a la edad de seis años hasta ciento quince a los dieciocho y medio años en los varones; en las niñas aumenta a ciento cinco a los diecinueve años. Desde la infancia el ritmo del pulso se hace gradualmente más lento; el corazón impulsa sangre con mayor fuerza pero no late tan frecuentemente. (Brooks 1966, Carmichael 1967).

1.3.3. En la adolescencia el crecimiento del aparato respiratorio se caracteriza por que los pulmones crecen en la medida en que aumentan en el ancho y profundidad el torax. El volumen y peso hasta el final de la adolescencia es mayor en los varones que en las niñas. (Brooks 1966, Carmichael 1967).

En la adolescencia el crecimiento del aparato digestivo es considerable. El aparato digestivo se desarrolla, el estómago se hace más largo, el esófago aumenta de tamaño; los tejidos musculares del estómago y de los intestinos se engruesan. Brooks 1966, Carmichael - 1967.

El aparato masticatorio en especial los dientes como en todos los aspectos del desarrollo físico las niñas aventajan a los varones; sus piezas dentarias permanentes erupcionan antes y en todos los siguientes años. Baume y colaboradores refieren evidencias de control hormonal de la erupción dental, que sería influida por la hormona del crecimiento de la hipófisis y por la tiroi-des, glándulas cuyo funcionamiento se pone más en evidencia en la época de la adolescencia. Carmichael 1967, McDonald 1971).

Cronología de la erupción dentaria durante la adolescencia:

Diente Superior.

	Esmal. Comp.	Erupción	Raíz Completada
Canino	6-7 años	11-12 años	13-15 años
1° premolar	5-6 años	10-12 años	12-13 años
2° premolar	6-7 años	10-12 años	12-14 años
2° molar	7-8 años	12-13 años	14-16 años
3° molar	12-16 años	17-21 años	18-25 años

Diente Inferior.

	Esmal. Compl.	Erupción	Raiz Completada
Canino	6-7 años	9-10 años	12-14 años
1° premolar	5-6 años	10-12 años	12-13 años
2° premolar	6-7 años	11-12 años	13-14 años
2° molar	7-8 años	11-13 años	14-15 años
3° molar	12-16 años	17-21 años	18-25 años

(McDonal 1971)

El esqueleto facial crece con mayor rapidez des pues que el cráneo y este crecimiento se produce durante un periodo de vida mas largo. El crecimiento de la cara se produce en 3 planos del espacio: ancho, profundidas y altura. Existen cuatro teorías aceptadas para el creci- miento facial: Teoría sutural, Matriz Funcional, Teoría Na sòcapsular y reubicación de la zona o principio en V. (Mc Dcnal 1971).

El crecimiento de cada glándulas es particular; así, el Timo se desarrolla rápidamente en la infancia. El cuerpo de la tiroides, paratiroides y la hipófesis se de- sarrollan de un modo bastante regular desde la infancia has ta la madurez, Las suprerrenales pierden peso durante el primer año de vida y no recuperan su tamaño de recién na- cido hasta los años medios de la adolescencia, después au mentan su peso rápidamente hasta su forma adulta. Brooks 1966, Carmichael 1967.

En la época en la que la niña tiene doce años, los ovarios han crecido hasta el cuarenta por ciento de su peso adulto. En los varones los testículos no tienen más que el diez por ciento del peso adulto. Los ovarios aceleran su crecimiento durante los doce a diecisiete años, donde llegan a cincuenta por ciento de su peso adulto, alcanzando la mitad restante durante los tres años siguientes. Los testículos crecen rápidamente durante un año entre los catorce y quince años y después lentamente a los veinte ha alcanzado su peso adulto. Brooks 1966, Carmichael 1967) . Con la maduración sexual se presentan los caracteres sexuales secundarios, cuyo desarrollo dependen del normal crecimiento del aparato reproductor. En los varones las células intersticiales de los testículos segregan hormonas que ejercen el cambio de la voz, el crecimiento del vello en la cara y en el pubis, y el desarrollo de los huesos largos. En las niñas, los caracteres sexuales secundarios, dependen de las hormonas segregadas por las células intersticiales de los ovarios, produciendo el crecimiento de los senos, alteraciones en la voz. (Alexander 1954, Brooks 1966, Carmichael 1967, Seguin 1947, Migone 1970) .

Como se observará por lo anterior explicado, el adolescente está en un constante crecimiento, desarrollo

y maduración somática; todo su organismo al unísono y di námicamente van cumpliendo sus fundiones físicas, fisiológicas. Pero esta parte constituyente de la persona del adolescente no está separada, de la parte psíquica, donde también tiene que cumplir roles con su medio ambiente y su Yo. Estas formas mentales de desarrollo son explica das a continuación.

1.4. Características del desarrollo mental durante la adolescencia.

1.4.1. Capacidades sensoriales, dependen más de factores interiores que de la experiencia; esta capacidad se puede dar a cualquier edad. (Brooks 1966).

1.4.2. Sensibilidad al dolor, considerado como una sensación; la investigación de esta característica es subjetiva, pues en oportunidad es viciada por elementos de estoicismo. Algunos autores han observado que las niñas son mas sensibles al dolor que los varones (Brooks - 1966).

1.4.3. La atención y la memoria va desarrollán dose en razón directa a medida que avanza la adolescencia. (Brooks 1966).

1.4.4. Juicio y raciocinio en la adolescencia evolucionan con rapidez.

1.4.5. La inteligencia. Stern define: como la capacidad de un individuo para adaptar conscientemente su pensamiento a nuevos problemas y condiciones de vida; en la adolescencia ésta desarrolla. Hay tres tipos de inteligencia: intelectual, mecánica y social; dónde la curva de desarrollo normal es desde los ocho años hasta los diecinueve (Brooks 1966).

1.5. Características del desarrollo emocional del adolescente. Las emociones parecen no cambiar mucho a través de la vida en lo relacionado con los sentimientos íntimos y los cambios corporales, pero sí hay muchos cambios en los estímulos que producen emoción y en las reacciones evidentes que se producen de acuerdo con el estado emocional de cada uno (Carmichael 1967).

1.5.1. Los impulsos suele considerarse emociones. La emoción está considerada como un estado de agitación consciente del organismo; las emociones si son pronunciadas producen alteraciones internas, más adelante desarrollaremos este tema.

1.5.2. La madurez emocional en el adolescente es paulatina, va consiguiendo un considerable dominio sobre sus emociones y ha dejado atrás la etapa de su cruda expresión infantil. El primitivo afecto de su madre ha sido modificado, de modo que su padre y sus compañeros adquieren cada vez más importancia en su vida, los afectos se hacen heterosexuales. En la niña, hay modificaciones de las respuestas infantiles, el dominio sobre sus emociones ha progresado y si se ha desarrollado bien físicamente y ha sido ejercitada en la reponsabilidad y el dominio de sí misma durante la infancia, entonces se dirá que está preparada para hacer frente a los problemas del desarrollo propios del adolescente (Brooks 1966).

1.5.3. Las causas más comunes de disturbios emocionales, durante la adolescencia son:

1.5.3.1. La creencia de que el niño ha sido engañado, suele llegar a tener disturbios emocionales cuando descubre o sospecha que aquellos en quienes más confiaba le han engañado o mentido.

1.5.3.2. Un tratamiento riguroso o injusto dado a los niños sensibles, puede ser causa de conflictos emocionales.

1.5.3.3. Frecuentemente es en el adolescente la vergüenza , especialmente en lo que se refiere a los padres, al hogar, o a su reputación, o bien a causa de sus propios defectos de lenguaje o deformaciones físicas.

1.5.3.4. El adolescente cree a menudo que sus padres no lo comprenden; es común la soledad, la nostalgia del hogar, el sentimiento de ser incomprendido.

1.5.3.5. La vanidad acompañada de sensibilidad, frecuentemente en los individuos que tienen en gran estima su propia habilidad o importancia, rechazan la sociedad de los demás.

1.5.3.6. La idea de que carece de atractivos, es principalmente problema de la niña, que realmente causa conflictos emocionales.

1. 1.5.3.7. Restricciones irracionales; cuando la curiosidad es reprimida por los padres y maestros es causa de disturbios emocionales. El adolescente va adquiriendo mayores reponsabilidades, independencia y dominio, para ello necesita de libertad; es cuando los padres imponen una vigilancia aumentada, entonces, el individuo sólo gana su libertad mediante el repudio de su hogar .

1.5.3.8. Los impulsos indisciplinarios, generalmente es causado por una dirección paterna débil, basando se en la superficialidad doctrinal de "nunca contrariar ni reprimir nada"; en lugar de conducir al niño o adolescente al autodomínio confiado, independiente e integrado (Allport 1965, Brooks 1966, Buhler 1947, Pascualini 1951, Stern 1943, Wittacler 1971).

1.6. Al describir las características de desarrollo mentales y emocionales del adolescente nos dan a conocer el tipo de actitudes y comportamientos que puede asumir en su avance hacia la vida adulta madura. Así, muchos rasgos y capacidades mentales parecen desarrollarse con regularidad antes de la adolescencia hasta los diecisiete años, como el raciocinio, juicio, atención y memoria, etc.; es común en este período el progresivo dominio que va adquiriendo el adolescente sobre sus emociones.

Es aquí cuando el odontólogo debe evitar, las ocho posibles causas de conflictos o disturbios emocionales al adolescente; dentro de los cuidados que debe tener en cuenta es, primeramente a no mentirle de lo que se le va a realizar, aún más explicarle como va ser el tratamiento y si es posible demostrarle los objetos con naturalidad; tratarlo adecuadamente sin imprecaciones, sino con voz suave y firme; no hablar temas que puedan significar a la men-

te adolescente reproches o denotar deformaciones, ni en broma puesto, que no lo soportaría; en las niñas con problemas de estética por faltas de piezas dentarias, o por la pieza dentaria a que se va a extraer, enfatizar por la prótesis bien hecha, para evitar, así, disminuir sus atractivos y evitar que las conversaciones con él se salgan de los moldes de la educación y el respeto.

Conflictos psicológicos pueden manifestarle asi mismos como problemas dentales. Asi, un individuo puede venir al dentista pidiendo que se le extraigan un diente, pero en el fondo, inconscientemente representa para el algo que quiere eliminar de su organismo; o que le extraigan dientes sanos cuando el paciente siente necesidad de castigarse así mismo; (Hollander 1969, Weckstein 1970).

Las actitudes que toman las personas frente a un tratamiento dental pueden ser variados. Veamos a continuación como se forman las actitudes del adolescente y que - significa la exodoncia para el.

Toda actitud se presenta frente a una situación o personas. En la adolescencia como periodo transitorio en su evolución hacia la madurez, se formula la pregunta: Cuáles son las actitudes frente a la exodoncia como situación de stress? la exodoncia procedimiento y situación a la vez

muy especial que el adolescente tiene que afrontar para dar así solución a su problema de salud, que está unido a otros problemas de carácter cotidiano como son: impide asistir al colegio por el dolor de muelas; no le facilita comer, ni hablar bien; y, también le limita en su poder de expansión de su vida de relación con el mundo exterior, es decir, limita su capacidad de sociabilidad. Ante este problema el adolescente tiene el propósito de terminar con lo que le aqueja. Las actitudes tomadas por el adolescente serán positivas o negativas frente a la exodoncia. Para saber que es lo que hace que el adolescente adquiera estas actitudes, es necesario ¿Cómo se forman las actitudes frente a la situación stressante?.

2. La Formación de las Actitudes.

2.1. La acumulación e integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí. Las experiencias stressantes pasadas, determinan una actitud o actitudes frente a otra situación similar probablemente es debido a la señal de alarma, que advierte y anuncia situaciones amenazadoras presentes. Esta señal de alarma es para que el psiquismo pueda cumplir con una misión de defensa ante los peligros que tiene que afrontar; esta señal de alar-

ma es muchas veces la causa de la angustia. Según muchos autores una de las primeras experiencias traumáticas de todo ser vivo es el nacimiento.

Los procedimientos quirúrgicos que han dejado huellas traumáticas en la psiquis del individuo; u otras experiencias dentales pueden estimular conflictos psicológicos en el momento de la exodoncia.

Por esto, el adolescente, asumirá actitudes negativas o positivas, frente a la exodoncia como situación de stress, así la erotización puede manifestarse mediante los sentimientos sexuales existentes en la adolescente y en la mujer menopáusica; al ser estimulados por un tratamiento dental, esto es debido a la fantasía y ansiedad en estos grupos específicos de edad. (Hollander 1969 Weckstein 1970).

Un varon puede tener ansiedades ante las extracciones, esta ansiedad es por estar relacionado el miedo a la eliminación de la pieza dentaria con la castración. (Hollander 1969, Weckstein 1970 Agüero 1972).

2.2. La individuación, diferenciación y segregación de las experiencias. Son experiencias específicas las que forman las actitudes, son las experiencias de

stress similares; y solo frente a este tipo de situación corresponderá los tipos de actitud y no otra; probablemente no asuma actitudes frente a otros tratamientos dentales y de igual manera frente a otras situaciones diferentes su actitud sea también diferente a la que se presenta frente a la exodoncia. La forma de presentarse las actitudes en el stress es a través de la mímica expresado en las facies, comunicación verbal y pre-verbal, signos y síntomas, actitudes en general que adopta el adolescente en el consultorio y actitudes frente al odontólogo, y, las actitudes del odontólogo frente al adolescente.

2.3. Las actitudes convencionales que el individuo sostiene y desarrolla por el contacto de otras personas que sostienen la misma actitud. Las actitudes que asume el individuo son creadas por las actitudes de los demás; las actitudes de los demás son tan importantes en la psicología y la psicopatología como los agentes tóxicos y bacterianos a las drogas medicamentosas en la salud y enfermedad del cuerpo. Las actitudes actúan en el individuo desde que nace.

Las personas que mas influyen en la formación de actitudes son los padres; los padres no siempre actúan

con eficacia en sus actitudes hacia sus hijos, tienen a mostrar favoritismo hacia algunos de sus hijos, a ser a veces demasiados estrictos, otras demasiados indulgentes la actitud de los padres hacia el hijo puede ser incluso reflejo de su propia adaptación o desadaptación en la vida. (Young 1968) . La conducta que manifiesta los adolescentes está influenciada por los efectos de las actitudes paternas; aunque los individuos dominados por sus padres manifiesten mejor conducta, en general son introvertidos y resentidos; el hijo que se cria en el hogar - democrático, en el cual sus padres lo aceptan en su individualidad realiza una buena adaptación, tanto fuera como dentro del hogar, los hijos que son consetidos o descuidados, tienden a adaptarse mal, a sentirse desconcertados e inseguros, y por último a dirigir su resentimiento contra sus padres. (Wittaker 1971, Young 1968) , o contra la imagen paterna.

El admitir y seguir el conjunto de opiniones y actitudes falsas que por comodidad o conveniencia social tenemos como verdaderas, es explicable en la adolescencia por la sugestión. La sugestión se ve frecuentemente en toda la adolescencia; la sugestión consiste, en la transmisión de una actitud en la cual entra el querer, sentir

el convencer, creer, percibir, etc., bajo la ilusión de que es propia y autónoma dicha actitud. (Stern 1943) (25). Las actitudes que se expresan como reacciones afectivas provocadas por la persona y las situaciones, el significado que tiene de una situación el individuo que aparecen ante él dependen mas de la impresión y grado de sugestibilidad que posea, que de los factores reales objetivos de la situación. Entendiendo por sugestibilidad a la sensibilidad para la sugestión, que significa falta de independencia, incapacidad para el propio juicio, carencia de crítica, timidez. (Stern 1943) . Ante este término es indispensable saber que significa la sugestibilidad. La sugestividad es la capacidad para la acción sugestiva; hay un peligro en esto, que se halla en la ignorancia de saberse que se es sugestivo, de igual forma en la exageración y mal uso de la influencia sugestiva. El odontólogo debe de colocar su sugestividad solo al servicio de los valores objetivos, a los que sirven, actuando de esta manera como un guía; mas no debe utilizar su sugestividad para satisfacción de sus deseos de poder, pues actuaría como un seductor. (Stern 1943) . Las actitudes que adopte el adolescente por la sugestión, ya sea ésta por percepción, recuerdos, sentimientos, temor o estados de ánimo, frente a la exodoncia; el odontólogo debe

de tratar en lo posible de conducir al adolescente a que asuma actitudes positivas, utilizando para ello la probable sugestividad que posee como terapeuta mediante la persuasión racional y/o emotiva,

Vemos que la formación de las actitudes se deben a experiencias estrechamente relacionadas entre sí, estas experiencias son únicas y diferenciadas de otras; y también existen factores que corrobora a adoptar actitudes como son: el grado de sugestionabilidad del adolescente; la influencia de las actitudes paternas; y, contacto con otras personas que asumen o sostiene actitudes. Pero hasta esta parte del trabajo no podemos precisar las actitudes mas características que pueden adoptar los adolescentes frente a la exodoncia como situación de stress. Para el desarrollo de la investigación en esta parte teórica y para comprobar si hay o no hay similitudes con los resultados de la tercera parte; es necesario conocer si existen actitudes características en otros grupos no adolescentes, frente a la exodoncia como situación de stress.

2.4. Cuáles son las actitudes que caracterizan a otros grupos no adolescentes? Para contestar a esta pregunta existe una fuente de datos, es la realizada en niños y madres. Partiremos pues, del estudio de las actitu

des del niño y de la madre frente a la exodoncia como situación de stress. (Agüero 1972).

Las actitudes más características que se encontró se observan en cuadro N°1, donde se encuentran las cuatro situaciones de stress; y, las once actitudes características del niño y de la madre frente a la exodoncia como situación de stress, en 50 casos.

2.4.1. Las actitudes más características del niño según las cuatro situaciones de stress son:

Situación de expectativa: tranquilidad en 34 niños confianza en 31 niños.

Situación inminente stress: Aceptación pasiva en 34 niños; llanto en 10 niños; las miradas en 21 niños.

CUADRO N° 1

A. Actitudes.

B. Situaciones de stress.

A	B	Situación de espec- tativa.		Situación inminente stress.		Situación stress in tervención		Post stress	
		Niño	Madre	Niño	Madre	Niño	Madre	Niño	Madre
Per.									
TRANQUILIDAD		<u>34</u>	<u>28</u>	19	18	17	9	27	20
PREOCUPACION		3	9	6	<u>20</u>	2	<u>17</u>	2	<u>28</u>
SATISFACCION		5	1	1	0	1	0	<u>12</u>	0
INSEGURIDAD		10	<u>10</u>	10	8	4	5	3	6
MIRADAS		11	<u>16</u>	<u>21</u>	18	9	14	7	9
LLANTO		0	0	10	0	<u>32</u>	0	10	0
CONFIANZA		<u>31</u>	<u>23</u>	27	<u>23</u>	20	17	20	20
DEPENDENCIA		8	<u>13</u>	10	21	8	<u>22</u>	<u>20</u>	<u>30</u>
ACEPT. PASIVA		2	1	4	2	<u>34</u>	<u>33</u>	0	0
ACEPT. ACTIVA		0	0	1	1	6	<u>17</u>	0	0
RECHAZO MOTOR		0	0	1	0	<u>17</u>	0	0	0

Situación de stress-exodoncia: Aceptación pasiva en 34 niños; llanto en 32 niños, rechazo motor en 17 niños.

Situación de post-stress: satisfacción 12 niños; dependencia en 12 niños.

La tranquilidad, satisfacción, confianza, son actitudes positivas que favorecen a los efectos de la exodoncia. La aceptación pasiva, el llanto, el rechazo motor son actitudes negativas. Se observa en el cuadro, que las actitudes positivas van disminuyendo en el número de personas conforme suceden una situación a otra situación; es notorio que en la situación de stress exodoncia, éstas actitudes positivas han disminuído en el menor número; cosa contraria sucede con las actitudes negativas, que a medida que avanza o se acerca la situación de stress exodoncia va aumentando el número de niños que adoptan estas actitudes.

2.4.2. Las actitudes mas características de la madre según las cuatro situaciones de stress son:

Situación de expectativa: tranquilidad en 28 - madres; inseguridad en 10 madres; miradas en 16 madres; confianza en 23 madres, dependencia en 13 madres.

Situación inminente stress; preocupación en 20 madres, confianza en 23 madres; dependencia en 21 madres.

Situación de stress exodoncia: preocupación y aceptación activa en 17 madres; la dependencia en 22 madres; aceptación pasiva en 33 madres.

Situación de post-stress: preocupación en 28 madres; dependencia en 30 madres.

La tranquilidad, confianza, aceptación activa, son las actitudes positivas que favorecen la realización del procedimiento exodóntico y también probablemente en el comportamiento del niño. La inseguridad, dependencia, preocupación, aceptación pasiva, son actitudes negativas, estas actitudes influirán en la adaptación de las actitudes del niño, puesto que son los padres las personas que más influyen en la formación de actitudes en los niños.

Al analizar las actitudes que mas caracterizan al niño y a la madre frente a la exodoncia como situación de stress, podemos concluir de la siguiente manera: que el stress-exodóntico está en razón directa a las actitudes negativas, y en razón inversa a las actitudes positivas. Este resultado esperamos encontrar, al analizar las actitudes de los adolescentes en la tercera parte de esta investigación.

Las actitudes que se investigan, estan dadas - frente a una situación específica la exodoncia como situación de stress; esto implica las siguientes preguntas: ¿Qué es el stress?; ¿Cuáles son sus mecanismos fisiológicos y como afectan al organismo?; ¿Cuál es su etiología?

¿Qué pasa si el stress se prolonga?, el desarrollo a estas preguntas se dan a continuación.

3. El Concepto de Stress y de Síndrome General de Adaptación.-

Selye descubrió, que, cuando el organismo es influenciado por agentes no específicos como el calor, la tensión nerviosa, traumatismos, etc., produce una reacción de sistemas, órganos y tejidos en el organismo. Estableció que la somatotrofina, la corticotrofina y los corticoides, como las hormonas que actúan en la reacción defensiva del hombre ante la acción inespecífica de los estímulos más diversos; Selye reveló que, la secreciones de estas hormonas ponen al organismo en adaptación fisiológica, pero si la secreción es insuficiente o excesiva actuará como mecanismo patógeno para el organismo (Alexander 1954, 1971, Bekei 1965, Delgado 1964, Pascualini 1951, Opton 1969, Migone 1970).

3.1. Stress.- La definición de stress, está dada dentro de las definiciones operacionales, más es necesario recalcar sobre este punto tan importante. Dijimos que stress según Selye, es una condición en la cual, debido a lesión o función, extensas regiones del organismo

se desvían de su estado de reposo; significando con el término "stress" el estado de tensión, de violencia o es fuerzo, a que puede estar el organismo, por cualquier - causa que actúe él. (Pascualini 1951).

La reacción al stress de parte del organismo, produce cambios definidos como, agrandecimiento de la cor teza suprarrenal, involución del tejido linfático y mani festación de shock. (Alexander 1954, 1971, Bekei 1965, - Pascualini 1951, Migone 1970).

3.2. Síndrome general de adaptación. S.G.A. Es la reacción del organismo que involucra el stress, cuando su acción se prolonga mas del tiempo normal. Cada vez que el stress se prolonga se presenta en el organismo cam bios funcionales, morfológicos y bioquímicos, los cuales caracterizan al S.G.A., cualquiera sea la naturaleza del estímulo sobre el organismo siempre los cambios son los mismos.

El síndrome de adaptación comprende tres fases:

3.2.1. Reacción de alarma. Es la suma de todos los fenómenos no específicos provocados por la exposición brusca de estímulos que afectan grandes extensiones del organismo, que producen su desadaptación; comprenden dos

etapas.

3.2.1.1. Etapa de shock.- Es una condición de lesión generalizada intensa, de desarrollo agudo, caracterizada por: Hipotermia; hipotensión; depresión del sistema nervioso autónomo; hipotonía muscular; hemocentración, trastornos de la permeabilidad capilar; trastornos de la permeabilidad capilar; trastornos de la permeabilidad celular; hipocloremia, hipercalcemia, acidosis, hiperglicemia efímera seguida de hipoglucemia; leucopenia y erosiones intestinales. La duración de esta etapa es de minutos a veinticuatro horas, que de no sobrevenir la muerte es seguida por la etapa de contrashock.

3.2.1.2. Etapa de contra shock.- Es un llamado a las fuerzas del organismo, caracterizado por: Aumento de la presión arterial; eosinopenia; hipercloremia, hipercalcemia, hiperglucemia; alcalosis; aumento de la volemia; aumento de la diuresis; y, frecuentemente hipertermia, Si hasta esta etapa, sigue actuando el estímulo que ha causado el stress insensiblemente pasa a la segunda fase.

3.2.2. Estadio de resistencia.- Representa la suma de todas las reacciones generales no específicas del

organismo, que han sido provocadas por la acción del estímulo; en esta fase, el organismo ha adquirido adaptación; se atenúan y desaparecen los cambios sufridos en la fase anterior y sólo quedan algunas modificaciones de la época de contrashock. (Ponde 1938).

3.2.3. Estadio de Agotamiento.- Es producto de que el stress se prolonga excesivamente y agota la capacidad de adaptación del organismo, que, éste estuvo sosteniendo hasta la fase anterior; los cambios del organismo se asemejan al de la etapa de shock. (Alexander 1954, Bekei 1965, Hollander 1969, Ponce 1938, Land 1966).

3.3. Etiología.- Los agentes etiológicos del stress son los alarmógenos que afectan una gran extensión del organismo. Cualquier cambio que afecta un organismo viviente constituye un alarmógeno.

3.3.1. Traumatismos.- Estos ocasionan lesiones a un gran número de células, produciendo cambios que exigen adaptación, en su mayor intensidad causarán shock traumático.

3.3.2. Shock Quirúrgico.- Para ello, se suman el efecto de la anestesia y el estado emocional del indi

viduo.

3.3.3. Hemorragias abundantes.- causan reacción de alarma y después el síndrome completo.

3.3.4. Estímulos nerviosos.- las emociones continuas e intensas, la tensión nerviosa, la angustia, producen cambios somáticos explicables con el S.G.A.

3.3.5. Infecciones.- La acción de las infecciones por medio de endotoxinas y exotoxinas van a producir estímulos para efectuarse el stress.

La exodoncia está ubicada dentro del alarmógeno denominado shock-quirúrgico; teniendo en cuenta también a los estímulos nerviosos y a las infecciones. Varios factores corroborarán para concluir que la exodoncia es una situación de stress; la anestesia regional, troncular o infiltrativa que se utiliza para realizar las exodoncias, produce en algunas personas síntomas de hipotimia o shock unas veces es debido a la idiosincrasia del individuo al anestésico y otras debido a la penetración de la aguja al lumen de algún capilar; es aquí en donde el organismo reacciona iniciando la fase de alarma, en su propia defensa. El estado emocional de la persona, es otro factor principal

en esta situación, el shock que se producirá en este caso está ocasionado por las tensiones nerviosas, o en personas hipertensas, debido a emociones continuas y extensas; las personas emocionalmente maduras se adaptarán a las situaciones de stress, mejor que las personas que todavía no han logrado su madurez emocional, como es el caso de algunos adolescentes.

3.4. Fisiología y Fisiopatología general.- Cuáles son los mecanismos del organismo de situación de stress? Los mecanismos de defensa que el organismo dispone frente a la situación de stress, para cumplir con su adaptación - son, uno nervioso y otro hormonal.

3.4.1. Los mecanismos de defensa nervioso comprende: Hipotálamo, los nervios vegetativos.

3.4.1.1. Hipotálamo.- El stress actúa sobre el hipotálamo directa o indirectamente desde los centros vegetativos allí situados; el hipotálamo actúa como regulador de los automatismos inconscientes de los instintos y de la afectividad, en el primer caso asegura la unidad orgánica tanto de la vida de nutrición como en el comportamiento de regulación simpática y hormonal de los metabolismos; y en segundo caso, como regulador de la afectividad,

da nacimiento a los sentimientos. Por tanto cuando es influido el hipotálamo por el stress, esta regulación armónica se altera, influyendo en sus funciones respectivas. (Chauchard 1968, Pascualini 1951, Seguin 1947).

3.4.1.2. Otros mecanismos nerviosos.- Los núcleos supraópticos del hipotálamo, actúan como mecanismos de defensa, por medio de su haz supraóptico-hipofisiario alcanza al lóbulo posterior de la hipófisis, influyendo en la producción de la hormona antidiurética. Contribuyen a este mecanismo las descargas colinérgicas en las terminaciones nerviosas, como también los humores. - Chauchard 1968, Seguin 1947).

3.4.2. Los mecanismos de defensa hormonal comprenden: Hipófisis, la corteza suprarrenal. Este mecanismo contiene tres escalones:

3.4.2.1. Escalón pre-hipofisiario.- Este escalón funciona cuando el stress actúa sobre el lóbulo anterior de la hipófisis a través del hipotálamo. (Chauchard 1968, Ponce 1938).

3.4.2.2. Escalón hipofisiario.- El estímulo recibido del hipotálamo se convierte en una descarga de hor

monas del tipo corticotrofina y somatotrofina. (Pascualini 1951).

3.4.2.2.1. ACTH u hormona corticotrofina.- Fué descubierta por P.E. Smith en 1920. Esta hormona es elaborada en las células vasófilas del lóbulo anterior de la hipófisis, cuya función principal es estimular la secreción de hormonas glucocorticoides. En los estados de stress, las hormonas glucocorticoides disminuyen en sangre, esta disminución de su nivel sanguíneo de las glucocorticoides provoca la secreción de ACTH; esta secreción o descarga son estimulados por la adrenalina, histamina, que a la vez son agentes causantes de stress. (Alexander 1954, Chauchard 1962, Ponce 1938, Seguin 1947, Migone - 1970, Cordova 1972).

3.4.2.3. Escalón suprarrenal.- La hormona corticotrofina estimula la corteza suprarrenal originando la secreción de hormonas glucocorticoide, la somatotrofina, estimula a la vez la producción de hormonas mineralocorticoides. (Pascualini 1953).

3.4.2.3.1. Glucocorticoides.- Son hormonas elaboradas por la corteza suprarrenal que producen los siguientes efectos: Destrucción del tejido linfoide, libe-

rando gamaglobulinas que forman anticuerpos defensivos; disminución de eosinófilos en la sangre circulante; inhiben las reacciones inflamatorias de los tejidos frente a agentes bacterianos o químicos; producen la disminución de la permeabilidad celular, diapedesis, formación de exudados; impiden la actividad y formación de fibroblastos. Dentro de este grupo de hormonas juega papel importante en las enfermedades de adaptación la cortisona, descubierta en 1936, simultáneamente por tres investigadores (Pascualini 1951, Migone 1970)..

Existe un cuarto escalón, denominado escalón periférico, en donde la defensa hormonal se traduce en un síndrome general de adaptación. (Pascualini 1951, Según 1947).

El mecanismo de la tensión y adaptación se observa en el esquema N° 1.

4.- Aspectos Psicológicos: La Estructura Psíquica, El Desarrollo Psicosexual.-

Se ha visto hasta este momento, el concepto del adolescente, como éste se desarrolla, crece y madura psicobiológicamente, como en el individuo se forman las actitudes; el stress, su significado y el síndrome de adap-

tación general y sus diversos mecanismos nerviosos y hormonales. Más para que se complete con el propósito de la presente investigación, es importante conocer: ¿Cuál es la estructura del psiquismo y cuáles sus mecanismos de defensa? ¿Cuáles son sus características? ¿El desarrollo psicosexual, como evoluciona hasta la adolescencia?.

Al intentar familiarizarnos con las funciones psíquicas, tropezamos inmediatamente con una dificultad que la psicología clásica no nos explica claramente las funciones psíquicas. Esta dificultad la encontró Freud, él elaboró una teoría basándose en las siguientes hipótesis: 1° que la mente, como en el mundo físico, nada ocurre por casualidad o la ventura. Cada fenómeno psíquico está determinado por aquellos que le precedieron, pues - no hay distinciones en la vida psíquica. 2° que la conciencia es más bien un atributo excepcional y no regular de los procesos psíquicos y en gran parte de la conducta humana está basada en motivaciones inconscientes (Alexander 1954-1971, Bekei 1965, Delgado 1964, Robles 1966, Seguin 1947, Land 1966).

Las funciones mentales pueden dividirse en dos grupos:

- A° Las funciones mentales bien integradas y adaptadas a la realidad; en ella, es la conciencia la que percibe con claridad y está bajo el control de la razón.
- B° Los procesos inconscientes.- Existe entre la conciencia y la inconsciencia, un proceso psicológico denominado preconciente, que comprende elementos que pueden hacerse conscientes por un simple esfuerzo de la atención, los pensamientos o recuerdos que han quedado en el campo inconsciente. Lo inconsciente propiamente dicho se hace perceptible en los sueños, a los síntomas neuróticos y psicóticos y en los errores de la vida cotidiana; solo en circunstancias especiales y fuera de nuestra voluntad llegan a nuestra conciencia. (Alexander 1954-1971, Bekei 1965, Gomez 1967, Robles 1966, Cordova 1972).

4.1. La estructura psíquica comprende: 1° a la conciencia. 2° a lo inconsciente, que a su vez se divide en a) preconciente, y b) inconsciente propiamente dicho; éste último comprende tres partes: Superyo, Yo y Ello. Nos vamos a ocupar especialmente de la división (b).

4.1.1. Ello.- el Ello, es la estación de energía del aparato mental, éste contiene las representacio-

nes psíquicas de los impulsos instintivos heredadas que al nacer no están organizadas en un sistema coordinado. (Alexander 1971, Robles 1965). Es la bestia que vive en lo más hondo del espíritu humano. (Seguin 1947). Aparte del material arcaico, se encuentra también lo que el Yo tuvo que rechazar en el curso del desarrollo por no saber manejarlo. Todo este conglomerado de fuerzas caóticas e instintivas, son completamente inconscientes, expresándose las formas más primitivas de acción o preverbales y se rige por normas peculiares.

Las características del Ello son: 1° no tiene cronología, todo transcurre en el presente; 2° no conoce el concepto de contradicción, pueden existir juntos y al mismo tiempo tendencias opuestas; 3° no usa el lenguaje simbólico; 4° su realidad es interna y no la del mundo externo; y 5° obedece al principio del placer. (Bekei - 1965).

4.1.1.1. Los impulsos instintivos.- Los instintos son fuerzas internas permanentes que tienen como fin obtener satisfacción, y que al no hallarlas producen displacer.

La literatura ha clasificado dos tipos de ins-

tintos específicos, uno relacionado con el desarrollo con la vida es el instinto sexual o líbido; el otro, esta relacionado con la destrucción, thanatos, con la muerte. El instinto sexual o líbido es la energía que interviene en el funcionamiento de la personalidad (Wittaker 1971). El instinto destructivo o agresivo, está caracterizado por la obsesión de repetición, debido a que el individuo trata de reconstruir un estado anterior, repetir lo ya pasado, ésto lleva a lo no animado, a la no vida; es característico en el sadismo y en el masoquismo. El instinto destructivo está relacionado con la fijación, que es la persistencia de la catexia libidinal de un objeto de la infancia o de la niñez en la vida posterior; y, con la regresión, que es la que señala el retorno a un modo u objeto primitivo de gratificación al cual el individuo ya está fijado. (Alexander 1971, Bekei 1965, Robles 1966, Seguin 1947, Croxton 1967).

En cada actitud o actuación de una persona no intervienen quizá jamás solamente un impulso, sino una serie de ellos, más o menos acordados, sea de manera convergente, sea en conflicto. La actividad de los instintos se manifiesta en la experiencia afectiva con calidad y carácter variables. Las emociones y los sentimientos están in-

timamente unidos a los instintos, forman parte de ellos, sin los cuales no se podría comprender la afectividad. Los instintos dependen de una aptitud innata de los centros - hipotalámicos que actúan cuando son sensibilizados por las hormonas o medio interno. (Chauchard 1968, Delgado 1964).

4.1.2. Yo.- El Yo, es nuestra personalidad verdadera, que está en comunicación constante con el Ello y el Superyo. El Yo, es la parte de la psiquis que concierne al medio ambiente con el propósito de obtener el máximo de gratificación o descarga para el Ello. Se conoce en la actualidad, que el Yo, está constituido por: lo consciente, lo preconscious; estas tres partes cumplen coordinadamente las funciones siguientes:

1° Percepción interna; 2° Función integradora; 3° Una función ejecutiva; 4° El Yo maduro se convierte en el centro dinámico de la conducta, es, cuando el Yo cumple con su tarea homeostática (Alexander 1954-1971, Bekei 1965, Robles 1966, Seguin 1966).

4.1.2.1. Mecanismos de defensa del Yo.- El Yo tiene que dar alguna satisfacción a los instintos del - Ello y hacerlo sin que el Super-yo reaccione en contra y procurar al mismo tiempo que esa satisfacción no choque

con la realidad, de acuerdo al principio de la realidad que normalmente el Yo posee. Para cumplir con esta función, utiliza en forma consciente los mecanismos de defensa psicológica (Alexander 1954-1971, Bekei 1965, Robles 1966, Seguin 1947).

4.1.2.1.1. Negación.- Es el mecanismo más primitivo; éste mecanismo se diferencia, a partir de la capacidad de todo ser vivo de retirarse de los estímulos - excesivos, elevando su umbral de percepción. (Bekei 1965).

4.1.2.1.2. Represión.- Es la actividad del ego consistente en alejar de la conciencia el impulso deseado del Ello o cualquiera de sus derivados, sean recuerdos; emociones, deseos, fantasías. Para mantener la represión el Yo más evolucionado agrega la ayuda de otros mecanismos de defensa (Alexander 1954,1971,Bekei 1965, Robles 1966,Seguin 1947)

4.1.2.1.3. Racionalización.- El Yo busca explicaciones racionales a los impulsos expresados, mediante la cual quedan reprimidos nuestras tendencias.

4.1.2.1.4. Proyección.- Es la atribución individual de un impulso o deseo que le pertenece a sí mismo, a, algunas personas u objetos.

4.1.2.1.5. Identificación.- Es la asimilación por parte del niño, de las cualidades de personas amadas, el uso de estas cualidades le va a evitar el probable miedo .

4.1.2.1.6. Formación reactiva.- Consiste en defenderse de los propios impulsos inconscientes, presentados conscientemente los rasgos opuestos; así, el odio inconsciente, permanece oculto, por la exageración del amor; la crueldad por la gentileza.

4.1.2.1.7. Conversión.- Los procesos psicológicos inconscientes se convierten en síntomas orgánicos; se presentan cambios en los músculos, parálisis, convulsiones, debido a tensiones reprimidas.

4.1.2.1.8. Desplazamiento.-El impulso, que está dirigido hacia una persona o cosa real, se desplaza hacia otra persona o cosa diferente; así, la ira no admitida por el ambiente, por una persona determinada se desplaza hacia otra persona o hacia un animal, a los que puede agredir sin recibir sanción.

4.1.2.1.9. Sublimación.- Consisten en sustituir o descargar una tendencia inaceptable por otra adecuada o apropiada, para aliviar la tendencia original y, al mismo tiempo sea beneficioso y permitido por los demás.

4.1.2.1.10 Volver los sentimientos contra sí mismos.- La agresión que se proyecta hacia el mundo exterior, al no encontrar su objeto, se vuelve contra su propia persona, dañándose a sí misma; tienden, estas personas a cortarse, caerse, accidentarse y, en casos más graves al suicidio.

4.1.2.1.11. Aislamiento.- Se presentan en personas neuróticas obsesivas. El aislamiento puede ser de afecto, debido a la represión de afecto de la emoción; y de pensamiento, debido a que un pensamiento queda separado de pensamientos que le precedieron.

4.1.3. Super Yo.- Según la teoría freudiana el Super Yo es la última instancia en formarse; esta estructura es en donde se encuentra lo mejor de nosotros mismos, plasmada por la educación y que encarna un ideal de comportamiento. El Super-Yo se forma mediante el mecanismo de introyección, incorporación de los conceptos morales de otras personas; a través del Super-Yo los factores psicológicos van ganando la maduración sexual. El Super-Yo es la sede de nuestra conciencia moral; este se va formando a partir de la disciplina respecto a las emanaciones en los primeros meses de vida del individuo alrededor de los cinco o seis años de moralidad va siendo

interior; haciéndose estable entre los nueve a diez años; mas, aún está propenso a modificaciones durante la adolescencia, y en cierto grado en la vida adulta.

Las funciones que el Super-Yo cumple son: 1° La aprobación o desaprobación de los actos o deseos, sobre la rectitud; 2° La auto-observación y auto-crítica; 3° la exigencia de reparación o de arrepentimiento por el mal hecho, consistente en la Ley del Tali3n; 4° La propia estimación o el amor propio, como recompensa por los pensamientos y actos virtuosos o deseables. (Alexander 1971, Roles 1966, Seguin 1947, Wittaker 1971, Agüero 1962).

4.2. El desarrollo psicosexual.- Freud determinó que para el estudio de la personalidad, debe basarse en las fases por las que el individuo pasa a través de la vida. Los impulsos instintivos pueden presentar obstáculos a la integración de la madurez; las fijaciones de moldes pre-genitales de satisfacción pueden absorber energía sexual; estos procesos pre-genitales si se fijan, van a producir angustia y ansiedad. Si evoluciona sin ningún problema, el adolescente, en el desarrollo psicosexual, seguirá su proceso de maduración sexual, el cual proporcionará la motivación de la próxima fase, que culmina en el matrimonio y la paternidad. (Alexander 1971, Bekei 1965, Seguin 1947).

4.2.1. Fase Oral.-

4.2.1.1. Etapa Oral incorporativa.- que dura - aproximadamente 6 meses. En esta fase el niño realiza el chupeteo, mediante el cual haya placer, con movimientos ritmicos de la lengua y labio; esta función termina con cierta sensación de placer y conduce al sueño, característico del orgasmo. (Alexander 1971, Robles, 1966, Seguin - 1947).

4.2.1.2. Etapa oral sádica.- Aproximado de seis siguientes meses de duración. En esta etapa aparecen las primeras piezas dentarias caducas; el placer se haya al morder y triturar. (Seguin 1966, Zapata 1952).

4.2.2. Fase Anal.-

4.2.2.1. Etapa anal sádica expulsiva.- La boca como zona erógena, sede a la mucosa del ano; ésta al ser exitada por los excrementos produce placer. El niño, comienza a ensuciar; esto va a provocar la irritación de las personas cercanas, es decir de sus padres.

4.2.2.2. Etapa Anal Sádica Retentiva.- En esta etapa, el niño retiene sus excrementos, como respuesta a la disciplina que le imponen sus padres; el chico al mis

mo tiempo desarrolla el instinto de crueldad y de aprehensión, el niño goza en coger, agarrar los objetos o personas, les aprieta o araña. (Alexander 1971, Bekei 1965, Seguin 1947, Zapata 1953).

4.2.3. Fase Uretral.- Muchos autores, los sitúan como una fase intermedia entre la fase anal y la fase fálica; en este caso, el placer se ubicaría en la zona de la uretra, su duración es imperceptible. (Seguín - 1947).

4.2.4. Fase Fálica.- Se haya aproximadamente antes de los cinco años; en donde las excitaciones generalmente nacen de los genitales.

4.2.5. Fase de latencia.- Se refiere al período de latencia sexual, que se extiende de los cinco años a los doce años de edad; permaneciendo ocultas las excitaciones sexuales.

4.2.6. Fase Genital.- A partir de los doce años es decir en la pubertad, el instinto se orienta a la fase genital; está favorecido, por el desarrollo de las glándulas endocrinas. Las hormonas gonadotrópicas de la glándula pituitaria, estimula la producción de andrógenos y hormonas ováricas, causando la aparición en ambos sexos

de las características sexuales secundarias. El resurgimiento de la energía sexual, en el adolescente, agita los conflictos edipales, ansiedades, de periodos anteriores - de desarrollo. Variando la sexualidad en la adolescencia desde una excitación general agradable, hasta la necesidad esencial, la satisfacción ideal, que se logra por el coito con un miembro del sexo opuesto. La madurez específica del niño a satisfacer la necesidad instintiva, se expresan bajo el control de un yo altamente estructurado; cuyo energía sexual en su expresión genital, hacia el logro de su satisfacción tiende a obedecer a las condiciones estipuladas por el Super-Yo, y vencer las resistencias puestas ante él por el Ello. (Alexander 1954-1971, Buhler 1947, Seguin 1947).

En el presente análisis de los aspectos psicológicos, nos hemos limitado a hacer una descripción y señalar lo mas importante de la estructura psíquica, enfocando en esencia, al inconsciente y sus partes; al desarrollo psicosexual y sus diferentes fases, por las que pasa el individuo; la interpretación de esta parte pensamos que es positiva para hacer una hermenéutica de la dinámica psíquica, pero escapa a las posibilidades del presente trabajo, es una cuestión que aquí se deja abierta.

Vamos a continuación a hacer un pequeño resumen, con énfasis a los estados anímicos afectivos. Sabemos que el stress, es una reacción no específica del organismo a toda agresión o choque externo, interno o psíquico; es un desequilibrio de la función hipotalámica. Sabemos también que el hipotálamo regula los comportamientos de los instintos automáticos (alimentación, bebida, sexualidad, etc.), y de las reacciones afectivas. Estas reacciones está contenida dentro del término afectividad, que es la capacidad innata para experimentar emociones. Los estados afectivos emotivos prolongados y exagerados determinarán el stress y por tanto el desequilibrio hipotalámico, con la consiguiente cadena de funciones del síndrome general de adaptación. (Chauchard 1968).

Los estados de ánimo-afectivos.- (Estado, es una condición que no presenta cambio en el tiempo), son experiencias o procesos psíquicos momentáneos, por ejemplo estado de conciencia. Los estados de ánimo carecen de conmoción súbita y de dirección u objetos definidos, lo cual le diferencia de la emoción. Estado Afectivo, es un término genérico empleado para designar cualquier variedad de experiencia emotiva o de concomitantes emotivos; representa también el agrado o desagrado. Estas caracte-fís-

ticas corresponden a lo que se designa con el nombre de vida afectiva comprendiendo todo el conjunto de estados y tendencias que el Yo vive de manera inmediata, que como realidades psíquicas, corresponden exclusivamente al sujeto que las experimenta y por lo general se polarizan en una o mas dualidades de términos. Los estados son las experiencias agradables o desagradables, placenteras o dolorosas vividas inmediata y en alguna forma pasivamente por el Yo. Los estados afectivos comprenden estados afectivos sensoriales son las reacciones de agrado o desagrado, de placer o dolor u emociones son los estados afectivos vinculados a estructuras mas complejas de manifestaciones o contenidos anímicos. Se presentan en forma de sentimientos vitales, anímicos o espirituales. (Delgado 1964).

SEGUNDA PARTE
MATERIAL Y METODOS

SEGUNDA PARTE

MATERIAL Y METODOS

I.- VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION.-

Con el trabajo realizado (Agüero 1971), sobre actitudes psicológicas del niño y la madre frente a la exposición como situación de stress, hemos tomado los datos necesarios para la elaboración de la presente investigación a partir del siguiente cronograma:

A partir de Enero- Julio de 1973, se empezó a elaborar las fichas bibliográficas correspondientes a las materias de actitudes, adolescencia, stress, estructura psíquica. El 28 de Agosto de 1973, se presentó el anteproyecto de la investigación aceptada por el asesor y fué aprobada por el Director del P.A.O. de U.N.M.S.M. El mes

de Setiembre se empezó a elaborar e imprimir los instrumentos para la recolección de datos; se terminó el tamaño de la muestra y a seleccionar las variables.

Durante los meses de Octubre y Noviembre se realizó el trabajo de campo. En los meses de Diciembre de 1973 y Enero de 1974, se hizo la recolección de datos; en el mes de Febrero se realizó la tabulación, en el mes de Marzo se hizo el análisis e interpretación y conclusiones. Durante los meses de Abril, Mayo y Junio, se realizó las correcciones respectivas.

Los recursos humanos, que participaron en la investigación fueron: Los seis internos de Odontología del Hospital Docente Centro de Salud del Rimac, quienes realizaron las extracciones dentarias de los 50 adolescentes.

Los recursos técnicos fueron: El Local del Hospital General Cayetano Heredia Rimac; las instalaciones del Servicio Dental. La información se adquirió mediante libros de las bibliotecas de la U.N.M.S.M. y U.P.C.H.; y artículos de revistas fueron enviadas por la National Library Of Medicine.

Los recursos financieros de la presente inves-

tigación han corrido a cargo del autor, aproximadamente asciende a la suma de \$ 10,000.00. Empleados en: papel, imprenta, empastes, diapositivos, cintas de máquina, etc.

II.- NIVEL DE LA INVESTIGACION.-

La presente investigación ha sido realizada en el "nivel descriptivo" a través de:

Datos empíricos de las actitudes psicológicas del adolescente frente a la exodoncia como situación de stress.

III.- VARIABLES DE LA INVESTIGACION.-

A. ANALISIS PSICOSOCIAL CULTURAL.

- 1.- Sexo del informante.
- 2.- Edad del informante.
- 3.- Lugar de nacimiento del informante.
- 4.- Domicilio del informante.
- 5.- Estrato socio-económico.
- 6.- Grado de instrucción.
- 7.- Motivo de la visita del informante.
- 8.- Ambiente del hogar del informante.
- 9.- Actitudes de los padres del informante.

B. ANALISIS DE LOS ESTADOS ANIMICOS-AFECTIVOS PRE-EXODONCIA.

- 11.- Inadaptación.
- 12.- Depresión.
- 13.- Ansiedad.
- 14.- Sensibilidad.
- 15.- Cólera.
- 16.- Tensión.

C. ANALISIS DE LAS ACTITUDES DURANTE LA EXODONCIA.

I. Situaciones de stress.

- 17.- Situación de expectativa.
- 18.- Situación inminente stress.
- 19.- Situación de stress-intervención.
- 20.- Situación de post-stress.

II. Facies.

- 21.- Relajación.
- 22.- Tranquilidad.
- 23.- Tristeza.
- 24.- Angustia.

III. Comunicación verbal y pre-verbal.

25.- Mirada.

26.- Negación.

IV. Signos y síntomas.

27.- Risa nerviosa.

28.- Palidez.

29.- Rubor.

30.- Sudoración.

31.- Temblor.

32.- Temor morboso.

33.- Llanto.

34.- Nausias y vómitos.

35.- Rigidez Muscular.

36.- Malestar.

V.- Actitudes en general.

37.- Indiferencia.

38.- Inseguridad.

39.- Dependencia.

40.- Gestos.

41.- Agresión.

42.- Introversión.

43.- Extroversión.

VI.- Actitudes ante el Odontólogo.

- 44.- Aceptación pasiva.
- 45.- Aceptación activa.
- 46.- Rechazo verbal.
- 47.- Rechazo motor.
- 48.- Erotización.

VII. Actitudes del Odontólogo.

- 49.- Persuación.
- 50.- Interés.
- 51.- Académico.

D. ANALISIS POST-EXODONCIA.

- 52.- ¿Cómo se encuentra o se siente?.
- 53.- ¿Cuál ha sido la mayor impresión que le ha causado en el momento de la exodoncia?.
- 54.- ¿Durante la anestesia, considera Ud., haber tenido miedo?.
- 55.- ¿Crees que vas a quedar feo?.
- 56.- ¿Crees que se van a burlar de tí?.
- 57.- ¿Crees que el dentista ha sido insensible o le hizo daño?.
- 58.- ¿Cómo le gustaría que te trataran tus dolencias bucales?.

IV. - UNIVERSO DE LA INVESTIGACION: La Muestra.

La muestra está constituida por un grupo de adolescentes de doce a veinte años de edad, de ambos sexos, que acuden por las tardes (12m. - 7 pm.) al servicio de emergencia dental del Hospital; cuyo diagnóstico de la pieza dentaria fuese: pulpitis crónica reagudizante, pulpitis crónica o proceso pulpar no regresivo, causado por la caries dental. Estos adolescentes gozan de un buen estado general y no tienen riesgo alguno.

Geográficamente el Hospital Centro de Salud del Rímac, se ubica al norte de Lima, a la altura del Kilómetro 3 1/2 de la carretera a Ancón; en la avenida Honorio Delgado s/n. San Martín de Porres, en donde se atienden las necesidades de salud de la zona norte de Lima (San Martín de Porres, Independencia, Rímac, Comas).

A este Hospital acuden al servicio dental de emergencia diurna (8 am. - 8 pm.) alrededor de seis a ocho pacientes diarios, de todas las edades, y de todo tipo de lesiones bucales; dentro de las cuales las caries dentales ocupan un primer lugar.

V.- INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCION DE DATOS.

Los instrumentos empleados en la recolección de datos de la muestra han sido: 1° Dos cuestionarios del tipo "papel y lápiz"; a) un cuestionario donde está incluido el índice médico de Cornell modificado (antes de la exodoncia); b) otro cuestionario post-exodoncia; 2° Una ficha de observación de las actitudes. Estos instrumentos abarcan cuatro áreas: Análisis Psicosocio-cultural; B. Análisis de los estados anímicos-afectivos pre-exodoncia. C. Análisis de las actitudes durante la exodoncia; D. Análisis post-exodoncia.

El cuestionario que contiene el índice médico de Cornell modificado (I.M.C.M.) comprende cuarenta y nueve preguntas, referidos a los estados anímicos afectivos. Sus características son: 1° Colecciona amplia información sobre sus status psicológico, basados en preguntas rigurosamente probadas, estas preguntas producen información que pueden considerarse como exactas. 2° Es cuando el Odontólogo (médico) puede fácilmente obtener información del Estado anímico afectivo, de tal manera de lograr una comprensión valiosa del problema del paciente. 3° Las preguntas son del tipo cerrado: "SI" o "NO"; están presentados en -

lenguaje informal, formulados de tal manera de ser comprendidos por personas que tengan conocimientos elementales de castellano.

El otro cuestionario post-exodoncia, abarcan 7 preguntas sobre el estado vivencial y la opinión que tiene el adolescente del tratamiento efectuado. Las preguntas contenidas se han basado en algunas tomadas del libro del Dr. Hollander 1971 y Agüero 1972.

La ficha de observación de las actitudes, frente a la situación de stress, comprenden los aspectos siguientes: Facies, comunicación verbal y pre-verbal, signos y síntomas, actitudes en general, actitudes ante el odontólogo, actitudes del odontólogo. Los items que contienen son del tipo cerrado, es decir, la presencia significará como positiva (+); la ausencia, significará como negativa (-). Todos estos items son observados en las cuatro situaciones de stress.

Las limitaciones de los instrumentos empleados están dadas por su variedad y números de items y por consiguiente por el tiempo que demandaron las respuestas; cuarenta y cinco minutos como promedio por paciente.

Criterios para las definiciones de las secciones del I.M.C.M. y de los items de la ficha de observación de actitudes.-

I. El I.M.C.M. nos va a dar una evaluación de los estados anímicos-afectivos del adolescente. Para esto se considerará como perturbación emocional (pre-mórbida) de significación médica, cuando evidencia de: tres o mas respuestas positivas "SI" en cualquiera de las seis secciones; o cuatro o más preguntas no contestadas, contestadas ambas "SI" y "NO" o cambio o comentario escrito por el informante.

Inadecuación-inadaptación.

- 1° Suda Ud. o tiembla mucho durante un exámen o interrogatorio?.
- 2° Se pone nervioso y tiembla mucho durante un exámen o interrogatorio?.
- 3° Se descompone su trabajo cuando le está mirando su jefe?.
- 4° Hay confusión en su pensamiento cuando tiene que hacer algo con rapidéz?.
- 5° Tiene que hacer Ud. las cosas con mucha calma para poder hacer sin error?.

- 6° Entiende Ud. siempre mal las directivas y órdenes que le dan?.
- 7° Siente miedo de personas y sitios?.
- 8° Siente miedo de estar solo cuando no hay amigos cerca de Ud.¿
- 9° Le cuesta trabajo tomar una decisión?.
- 10° Quisiera Ud.tener siempre alguien quién le aconseje?.
- 11° Es Ud. considerada una persona torpe?.
- 12° Le molesta a Ud. comer en sitios fuera de su casa?.

Para Pieron Henri la inadecuación, es el estado de un individuo que no puede acomodarse a ningún sistema de vida escolar; el niño desadaptado presenta un desajuste pasajero o permanente, para con la vida familiar o escolar. Para Warren H. la inadaptación es la inferioridad de estructura o comportamiento de un individuo que origina su incapacidad para enfrentarse con éxito a las condiciones de su medio; la inadaptación social, es el estado del individuo en que sus modos característicos de conducta o sus experiencias sugestivas son de tal índole que no logra satisfacer sus necesidades y relaciones ordinarias de la vida por la interacción con los individuos que le rodean.

English H. define a la inadaptabilidad, como - los factores negativos que entorpecen un ajuste adecuado entre la conducta individual y las condiciones propias - del ambiente físico y social. A parte de las características individuales de origen temperamental y orgánico, de ben destacarse muy especialmente en el aspecto negativo de la adaptación las reacciones antisociales originados por la neurosis u otros transtornos psicológicos que aislan y enquistan al individuo en el intercambio activo de las relaciones sociales.

2° Depresión.

- 13° Se siente Ud. triste y solo en una fiesta?.
- 14° Se siente Ud. generalmente triste y deprimido?
- 15° Lloro a menudo?.
- 16° Se siente Ud. siempre desanimado y deprimido?.
- 17° Se siente Ud. que no tiene esperanzas en la vida?.
- 18° Desea Ud. algunas veces verse muerto para terminar - así con sus problemas?.

La depresión, es el estado mental mórbido caracterizado por lasitud, desaliento y fatigabilidad y acompañado con frecuencia de ansiedad más o menos acentuada (Pieron H!) English, lo define como el estado de

inaccesibilidad a la excitación, con disminución de la iniciativa, pensamientos lúgubres. Constituye una fase de la psicosis maníaca depresiva, en forma leve en personas normales. Béla Z., dice que la depresión, es la condición emocional de actividad psicofísica disminuída y desagradable, ya sea normal o patológica. Para la manifestación normal se prefiere abatimiento, refiriéndose a un estado de ánimo desalentado o descorazonado; el caso patológico se refiere a un estado de ánimo de pronunciada desesperanza y una abrumadora sensación de insuficiencia o desmerecimiento. Según J.T. McCardy tales depresiones se ven frecuentemente en los adolescentes de ambos sexos. Se produce cada vez que hay problemas sexuales del adulto se vuelven agudos, después del noviazgo o matrimonio.

3. Ansiedad.

19° Está Ud. siempre preocupado?.

20° Viene Ud. de familia que se preocupa mucho?.

21° Afecta cualquier cosa sus nervios y los desgasta o debilita?.

22° Es Ud. considerada una persona nerviosa?.

23° Es nerviosa su familia?.

24° Ha tenido alguna vez un transtorno nervioso alguna persona en su familia?.

- 25° Ha tenido alguna vez un transtorno nervioso?.
- 26° Fué Ud. alguna vez paciente de un Hospital Mental?.
- 27° Fué algún miembro de su familia alguna vez paciente de un Hospital Mental?.

Pieron lo define como el malestar, a la vez psíquico y físico caracterizado por un temor difuso, un sentimiento de inseguridad, de desgracia inminente. Se reserva el nombre de angustia mas bien para las sensaciones físicas que acompañan la ansiedad (o presión torácica, transtornos vaso-motores), en la practica ambos términos son sinónimos. English, define que el estado emotivo, que se origina por la persistencia de un deseo fuerte que parece no poder alcanzar la meta (Mac Dougall). A menudo se emplea la palabra temor cuando ansiedad sería la mas apropiada. Warren describe a la ansiedad como, una actitud - emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza.

4. Sensibilidad.

- 28° Es Ud. estremadamente tímido o sensitivo?.
- 29° Viene Ud. de familia tímida o sensitiva?.
- 30° Se ofende Ud. con facilidad?.

- 31°-Le molesta a Ud. siempre que le critiquen?
 32° Es Ud. considerado una persona susceptible?
 33° No le comprende Ud. la gente frecuentemente?
 34°-Tienen Ud. recelo aún entre amigos?

La sensibilidad es sinónimo de excitabilidad. La magnitud de la sensibilidad está considerada en función del estímulo o del estado de adaptación. Béla Z. define a la sensibilidad como la susceptibilidad exagerada frente a vivencias afectivas y emocionales. Warren, define como la capacidad de un organismo para recibir estimulaciones.

5.- Cólera.

- 35° Hace ud. cosas siempre impulsivamente?
 36° Se irrita con facilidad?
 37° Necesita Ud. dominarse frecuentemente a sí mismo para evitar perder los estribos?
 38° Le causan las pequeñas molestias nerviosidad y fastidio?
 39° Le dá a Ud. cólera si no consigue lo que quiere?
 40° Le da a Ud. a menudo un furor violento?

La cólera, o ira, para Warren es un grupo bastante bien definido de reacciones habitualmente provocadas por injurias o restricciones auténticas o imaginarias,

caracterizadas por cualidades hedónicas mixtas en los que predominan el desagrado, y señalados con frecuencia por una descarga bastantes densa en el sistema nervioso autónomo, frecuentemente acompañado de actividades somáticas del tipo ataque u ofensa. Para Béla Z. El colérico, el temperamento es caracterizado por emociones lábiles, rapidez para enojarse e irritabilidad. English, lo define como enojo.

6.- Tensión.

- 41° Tiembla Ud. a menudo?.
- 42° Esta Ud. siempre excitado o nervioso?.
- 43° Salta Ud. o tiembla mucho al oír un ruido fuerte inesperadamente?.
- 44° Tiembla Ud. o se agita cuando alguien le grita?.
- 45° Se asusta Ud. al sentir movimientos o ruidos por la noche?
- 46° Se despierta Ud. a menudo por haber estado soñando con cosas que le asustan?.
- 47° Le da a Ud. miedo sin razón alguna?.
- 48° No puede Ud. quitarse de la mente pensamientos que le causan miedo?.
- 49° Le da a Ud. a menudo un sudor frío?.

La tensión para Béla Z. es un término general que denota transtornos en el equilibrio perfecto. El transtorno emocional es la característica principal de las hipertensiones. Angustia, irritabilidad, incoordinación e hiper-actividad son los síntomas mas comunes de los transtornos. Las tensiones fisiológicas y psicológicas se consideran como resultado de situaciones tales como frustraciones continuas, estimulaciones súbitas y preocupaciones prolongadas.

II. Las definiciones de los items de la ficha de observación eran necesarios para la calibración y standarización de la muestra.

Facies.- Es la expresión facial basado en la estructura anatómica del rostro y de la actividad funcional de los músculos faciales; considerado como indicador de las expresiones y actitudes psíquicas del individuo.

- 1º Relajación: positiva (+) cuando halla relajación de los músculos de la cara, y/o la respiración esté conservada. Negativa(-) cuando no se hallan relajado los músculos de la cara y/o la respiración esté alterada.
- 2º Tranquilidad: Positiva (+) cuando los movimientos del individuo sólo sean necesarios para acordarse. Nega-

tiva (-) cuando halla exageración de los movimientos del cuerpo y de las extremidades.

3° Tristeza: Positiva (+) cuando el individuo manifieste la mirada apagada, los parpados y labios caídos. Negativa (-) cuando no manifieste los signos positivos.

4° Angustia: Positiva(+) el individuo exprese encogimiento del cuerpo parcial o totalmente. Negativa(-) cuando no manifieste los signos positivos.

2. Comunicación verbal y preverbal.- Esta se expresa a través de la transmisión de una impresión o idea sin transporte material; también se considera como comunicación la transmisión de impresiones desde el organismo al medio externo o viceversa.

5° Mirada: Positiva(+) cuando la persona cierra los ojos. Negativa(-) la persona se halla con los ojos abiertos.

6° Negación; Positiva(+) cuando el individuo se niega con palabras a las intervenciones del odontólogo. Negativa (-) cuando el individuo no presenta los signos positivos.

3. Signos y síntomas.- Signo es el objeto, impresión o símbolo o reacción que sustituye a otro.

Síntoma es cualquier cambio estructural o peculiaridad funcional que indica la presencia de una enfermedad o transtorno en un individuo determinado.

7° Risa nerviosa: Positiva (+) cuando la risa es inmotivada Negativa(-) cuando no presenta signos positivos.

8° Palidez: Positiva(+) el color de la cara no está conservado, hay falta de irrigación sanguínea. Negativa (-) no presenta los signos positivos.

9° Rubor: Positivo (+) cuando se produce enrojecimiento del cutis. Negativa(-) cuando no presenta los signos positivos.

10° Sudoración: Positiva(+) cuando la persona presenta sudoración cutánea y en manos. Negativa(-) cuando no presenta signos positivos.

11° Temblor: Positiva(+) presenta temblor en manos o pies o en el cuerpo. Negativa(-) no presenta los signos positivos.

12° Temor morboso: Positiva(+) el individuo acusa temor irracional, fobias, ademanos y convulsiones. Negativo(-) no presenta los signos positivos.

- 13° Llanto: Positiva(+) individuo llora. Negativa (-) no llora.
- 14° Náuseas y vómitos: Positiva(+) el individuo presenta repugnancias o ansias de vomitar o arrojar contenido del estómago. Negativa (-) no presente signos positivos.
- 15° Rigidez muscular: Positiva (+), cuando los músculos se hallen tensos, rígidos, parcial o totalmente. Negativa (-), no presenta signos positivos.
- 16° Malestar: Positiva (+), individuo presenta molestias locales, o generales en el organismo. Negativo (-), no presenta signos positivos.

4.- Actitudes en general.- Son los hábitos internos, en su mayoría inconscientes, que indican tendencias reales de conducta.

- 17° Indiferencia: Positiva (+), el individuo apático, no emotivo y se deja hacer con el mayor abandono. Negativa (-), no presenta signos positivos.
- 18° Inseguridad: Positiva (+), cuando el individuo busca apoyo en los objetos o personas presentes. Negativa (-), el individuo presente confianza.
- 19° Dependencia: Positiva (+), el individuo se somete y presenta signos infantiles. Negativa (-), el individuo tiene iniciativa propia.

- 20° Gestos: Positiva (+), el individuo presenta muecas en el rostro expresando desagrado. Negativa (-), no presenta signos positivos.
- 21° Agresión: Positiva (+), individuo presenta agresividad con amenazas, mordiscos, o arañones. Negativa (-) no hay signos positivos.
- 22° y 23° Introversión-extroversión.- Individuo es callado, presenta un mutismo. Individuo comunicativo se interesa por la intervención.

5.- Actitudes ante el Odontólogo.-

- 24° Aceptación pasiva: positiva (+), individuo que no colabora con las manipulaciones del odontólogo, actúa con desgano. Negativa (-), no presenta signos positivos.
- 25° Aceptación activa: Positiva (+), individuo colaborador. Negativa (-), no presenta signos positivos.
- 26° Rechazo verbal: Positiva (+), individuo que contradice y no admite lo que propone el odontólogo, Negativa (-), cuando no presenta signos positivos.
- 27° Rechazo motor: Positiva (+), individuo usa su cuerpo para alejar las manipulaciones del odontólogo, mediante el pataleo, y mediante las manos; el individuo quiere escapar en ese momento. Negativa (-), cuando no presenta signos positivos.

28° Erotización: Positiva (+), individua adolescente, que manifiesta sonrisas, coqueteos, con el odontólogo. Negativa (-) cuando no presenta los signos positivos.

6.- Actitudes del Odontólogo frente al Paciente.-

29° Persuasión: Positiva (+), el odontólogo trata de convencer al adolescente motivando su intelecto y/o emoción. Negativa (-) no presenta los signos positivos.

30° Interés: Positiva (+), el odontólogo se interesa en el tratamiento y en el paciente, se concentra en lo que realiza. Negativa (-) no presenta signos positivos.

31° Académico: Positiva (+), el odontólogo utiliza para su comunicación términos técnicos que el paciente no le comprende. Negativa (-) no presenta signos positivos.

III.- La exodoncia como situación de stress podemos dividirla en cuatro situaciones específicas según el orden secuencial que atravieza el adolescente durante su permanencia en el consultorio para los fines de la extrucción dental:

A) Situación de expectativa.-

Es la situación en la cual el adolescente se encuentra en atención a lo que va suceder, es decir, se encuentra en expectativa ante la exodoncia. Esta situación comprende desde que entra el adolescente-momento que se le indica que se acomode en una parte del consultorio para que llene las preguntas del cuestionario de salud - I.M.C.M.-Termina con la indicación y se le invita a sentarse en el sillón dental.

B) Situación inminente stress.-

El adolescente entiende que la situación exodóntica está por suceder y que amenaza y se acerca. Esta situación dura desde el exámen regional clínico. La preparación de los instrumentales y la aplicación del anestésico.

C) Situación de stress-intervención.-

En este momento el stress alcanza su máximo umbral, es la situación más importante , pues abarca el acto operatorio consistente en: la debridación de la adherencia epitelial de la encía; la exéresis de la pieza dentaria diagnosticada; y, la síntesis con la cual termina -

la exodoncia correspondiente a la situación de stress intervención.

D) Situación Post-Stress.-

Ya se realizó el acto quirúrgico, el stress disminuye en su umbral. Esta situación dura, el tiempo empleado por el odóntólogo para las recomendaciones, el retiro del instrumental. Nuevamente se le indica al adolescente para que llene otro cuestionario. Termina la indicación y entregado el cuestionario termina la situación de post-stress y con ésta, toda la situación de stress.

VI.- METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

Los métodos que se han empleado en la investigación han sido los siguientes:

- 1.- Procesamiento de los datos mediante el cruce de variables. Los indicadores estadísticos utilizados son:
 - a) Media aritmética.
 - b) Porcentajes.
 - c) La prueba del chi cuadrado χ^2 .

Los datos han sido presentados en forma tabular y gráfica.

- 2.- La verificación de la hipótesis principal y de su sistema de sub-hipótesis, a través de la descripción análisis e interpretación de los datos obtenidos por la observación y los cuestionarios (datos empíricos).

TERCERA PARTE

RESULTADOS

TERCERA PARTE

RESULTADOS

I.- VARIABLES DE ENCUADRAMIENTO.

Nuestra condición de país sub-desarrollo y dependiente, hace difícil que los servicios odontológicos abarquen a grandes mayorías. Sabemos que el 96.1% de ataque de caries pertenece a la población en el país de la edad de 16 años. Los procesos de odontalgias y procesos cariosos avanzados motiva a esta población acudir a los centros de salud hospitalarios, postas médicas-dentales, para dar solución a su problema y someterse al tratamiento indicado, por lo general sera la exodoncia. Seran muchos los adolescentes que se encontrarán en situación de stress y psicológicamente se comportará adoptando

actitudes. Para esto, el odontólogo debe conocer estos - hechos y controlarlos en la medida de sus posibilidades. Para lo cual es necesario conocer verídicamente como se presentan estas actitudes.

Para los efectos del análisis de nuestra inves tiguación vamos a ubicar a nuestra hipótesis principal den tro de las siguientes variables de encuadramiento:

1. Sexo del Informante.

De la muestra investigada corresponde al sexo femenino el mayor número 32 (64%); al masculino 18 (36%). El mayor número de mujeres en la muestra se debe, a que éstas adolescentes pertenecen a una escuela de la zona - de Tupac Amaru (distrito de Tahuantinsuyo) que le corres pondría su revisión médica en la posta situada en dicha zo na y fueron enviadas para su revisión estomatológica al Hospital del Rímac.

CUADRO N° 2

1.- Sexo del Informante.

2.- Edad del Informante.

sexo	12	13	14	15	16	17	18	19	20	To- tal.
Femenino	8	7	2	8	2	2	0	2	1	32 64%
Masculino	4	5	2	1	3	1	2	0	0	18 36%
TOTAL	12 24%	12 24%	4 8%	9 18%	5 10%	3 6%	2 4%	2 4%	1 2%	50 100%

2. Edad del informante.-

El mayor número de personas 12 (24%) tienen las edades de doce y trece años; 9 (18%) de 15 años; 5 (10%) de 16 años; 4 (8%) de 14 años; 3 (6%) de 17 años; 2 (4%) de 18 y 19 años y hay 1 (2%) de 20 años de edad.

Esto nos hace pensar que la mayoría de las personas investigadas son adolescentes que recién han comenzado su proceso de desarrollo, crecimiento y maduración - psicobiológica, esto es muy importante para las consecuencias posteriores de nuestro trabajo.

CUADRO N° 3

3. Lugar de nacimiento del Informante.

Lugar de Nacimiento	N°	%
Costa	31	62
Sierra	15	30
Selva	4	8
TOTAL	50	100

3. Lugar de nacimiento del informante.

El lugar de nacimiento según las tres regiones naturales del país, corresponden al mayor número 31 (62%) a los nacidos en la Costa; 15 (30%) a los nacidos en la sierra; y 4 (8%) nacidos en la selva. Según los departamentos del país la mayoría 29 (58%) nacieron en Lima; 4 (8%) nacieron en Ancash, Cajamarca y Cuzco; 2 (4%) en Ayacucho y Junín y San Martín, 1 (2%) en La Libertad, Piura y lo correspondiente a lo sin dato.

Se conoce que el individuo nacido en la Costa o Selva, es rápido y vivaz en sus reacciones, que el individuo de la sierra ya que sus reacciones son lentas. Los primeros están dispuestos a la extroversión, los segundos

a la introversión.

4. Domicilio del Informante.-

La mayoría 28 (56%), viven en pueblos jóvenes; 8 (16%) viven en barrios obreros y empleados; y, 1 (2%) viven en barrio profesional; y 5 (10%) corresponde a los sin dato. (Pág. 95).

La frecuencia segun distritos, la mayoría 21 (42%) viven en el distrito de Independencia; 12 (24%) corresponde a los sin dato; 5 (10%) viven en el distrito de San Martín de Porres; 4 (8%) en el distrito del Rímac; 3 (6%) en el distrito de Lima; 2 (4%) en el distrito de Comas, 1 (2%), en los distritos de Breña, Callao y Miraflores respectivamente.

Como se observa la asistencia de los adolescentes a la emergencia diurna del servicio dental del Hospital, corresponden mas a individuos que viven en zonas cercanas al Hospital especialmente los habitantes de los pueblos jóvenes del norte de Lima.

5. Estrato Socio-económico.-

La mayoría 19 (38%) se ubica dentro del estra-to medio; 16 (32%) corresponde a los sin dato; 13 (26%)

se ubican en el estrato socio-económico bajo y hay 2 (4%) al estrato alto.

CUADRO N° 4

4. Domicilio del Informante.

5. Estrato socio-económico.

5	4	Barrio Pueb.J.	Barrio Obrero	Barrio Empleado	Barrio Profes.	Sin Dato	TOTAL
Bajo		7	3	1	1	1	13 26%
Medio		7	4	6	0	2	19 38%
Alto		2	0	0	0	0	2 4%
Sin Dato		12	1	1	0	2	16 32%
TOTAL		28 56%	8 16%	8 16%	1 2%	5 10%	50 100%

Los adolescentes de la muestra en su mayoría 14 (28%) pertenecen a los estratos socio-económicos bajo y medio, que a la vez confirma el lugar de domicilio en donde viven, este grupo de 14, corresponden al barrio Pueblo Joven.

Esto demuestra, que los recursos económicos son escasos, lo que no le permitirá atenderse en consulta privada de salud bucal. Y, que generalmente estos grupos están marginados de la cultura, provocando de esta manera - la falta de conciencia sobre las necesidades del salud oral, en estos adolescentes y sus respectivos padres.

6. Grado de Instrucción.

La instrucción alcanza por el mayor número 30 (60%) personas son de primaria; 13 (26%) cursan secundaria; y 1 (2%) hay en superior. (Pág. 99).

La edad de los adolescentes del cuadro N° 2, es tá de acuerdo con el grado de instrucción que tienen, en donde la gran mayoría corresponden al 24 (48%) quinto de primaria.

El grado de instrucción que presenta la muestra es positiva, desde el punto de vista del entendimiento de las preguntas formales en el cuestionario I.M.C.M. que, ha ce de estos adolescentes colaboradores indirectos para la investigación.

CUADRO N° 5

6. Grado de Instrucción.

6a. Años de estudio.

6a	6	Primaria	Secundaria	Superior	Sin Dato	TOTAL
Primero	0	8	1	0	9	18%
Segundo	0	3	0	0	3	6%
Tercero	4	2	0	0	6	12%
Cuarto	2	0	0	0	2	4%
Quinto	24	0	0	0	24	48%
Sin Dato	1	1	0	4	6	12%
TOTAL	31	14	1	4	50	
	62%	28%	2%	8%	100%	

La conclusión a la que arribamos en función de las variables de encuadramiento es la siguiente: hay un mayor número de adolescentes de sexo femenino de edad muy joven (12 a 15 años, en su gran mayoría) escolares que han

terminado su primaria, que son de clase socio-económica media y baja, nacidos en Lima y con domicilio en lugares cercanos al Hospital.

II.- ANALISIS DE LOS ESTADOS ANIMICOS AFECTIVOS Y SU RELACION CON LAS ACTITUDES PSICOLOGICAS DEL ADOLESCENTE EN EL STRESS EXODONTICO.-

En el siguiente análisis, vamos a hacer en base al planteamiento de hipótesis que permitirá determinar si existe asociación entre los estados anímicos afectivos con las actitudes psicológicas adoptados en los adolescentes en cada una de las cuatro situaciones de stress. La determinación de asociación lo haremos utilizando el coeficiente de chi cuadrado χ^2 .

HIPOTESIS PRINCIPAL

- 1.- "SI EXISTE ASOCIACION ENTRE LOS ESTADOS ANIMICOS AFECTIVOS CON LAS ACTITUDES PSICOLOGICAS DEL ADOLESCENTE EN LAS SITUACIONES DE STRESS-EXODONCIA".

SITUACION DE ESPECTATIVA.

- 1.1. Sub-hipótesis N° 1: Si existe asociación entre la inadaptación con la sudoración y el temblor".

Sub-hipótesis nula: no existe asociación entre la inadaptación con la sudoración y el temblor. La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455.

CUADRO N° 6

II.- Inadaptación

30.- Sudoración y 31.- Temblor.

11	30					31				
	+					+				To-
	Obs.	Cal.	Ob.	Ca.	Total	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	tal.
+	10	9.8	39	39.2	49	12	11.76	37	37.24	49
-	0	0.2	1	0.8	1	0	0.24	1	0.76	1
TOTAL	10	10.0	40	40.0	50	12	12.0	38	38.00	50

11 y 30 $\chi^2 = 0.255$

11 y 31 $= \chi^2 0.320$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido los valores de chi cuadrado en el 1° caso de 0.255 y en el 2° caso de 0.320. Como estos valores son inferiores a 0.455, caen en la zona de la aceptación de la hipótesis nula y consecuentemente la hipótesis de trabajo será rechazada. Esto es que la inadaptación no tiene asociación con la sudoración y el temblor, con un grado de significan

ia de 0.50 de confianza.

1.2. Sub-hipótesis N° 2: "Hay asociación entre la depresión con la tristeza y el temor morboso".

Hipótesis nula: No hay asociación entre la depresión y la tristeza y el temor morboso.

La Hipótesis nula será descartada en caso del que el valor chi cuadrado sea igual o mayor a 0.465 con un grado de libertad.

CUADRO N° 7

12. Depresión.

23.- Tristeza y 32.- Temor morboso.

	23					32				
	+		-			+		-		
12	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Tot.	Obs.	Cal.	Obs.	cal.	Tot.
+	2	1.3	11	11.7	13	0	0.26	13	12.74	13
-	3	3.7	34	33.3	37	1	0.74	36	36.26	37
TOTAL	5	5.0	45	45.0	50	1	1.00	49	49.00	50

$$X = 0.555$$

$$X = 2.615$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido los valores de chi cuadrado en el 1° caso de 0.555

y en el 2º caso de 2.615. Como estos valores son superiores a 0.455, no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula y por ello queda descartada. Esto es que existe asociación entre la depresión con la tristeza y el temor morboso, con un grado de significancia del 0.50 de confianza, en la situación de expectativa.

Es probable que los adolescentes que presentan depresión en el I.M.C.M. manifiesten actitudes de temor morboso y tristeza antes de iniciar cualquier intervención.

1.3. Sub-hipótesis N° 3: "Si existe asociación entre la ansiedad con la angustia y la inseguridad".

Hipótesis nula: No existe asociación entre la ansiedad con la angustia y la inseguridad. La hipótesis nula será descartada en caso del valor de chi cuadrado - sea igual o mayor a 0.455 con un grado de libertad.

CUADRO N° 8

13.- Ansiedad.

24.- Angustia y; 38.- Inseguridad.

24						38				
+			-			+			-	
Obs.	Cal.		Obs.	Cal.	Total	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Tot.
13										
+	19	18.6	12	12.4	31	19	17.36	12	13.64	31
-	11	11.4	8	7.6	19	9	10.64	10	8.36	19
Total	30	30.0	20	20.0	50	28	28.00	22	22.00	50
X= 0.055						X= 0.923				

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido, en el 1° caso un valor de chi cuadrado de 0.055. Como este valor es inferior a 0.455, cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula con respecto entre la ansiedad y la angustia. Esto es que no hay asociación entre la angustia. En el 2° caso hay un valor de chi cuadrado de 0.923; como éste valor es superior a 0.455 no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula relacionado entre la ansiedad y la inseguridad y en consecuencia es descartable. Esto supone que hay relación entre la ansiedad y la inseguridad en la situación de expectativa: con grado de significancia del 0.50 de confianza.

1.4 Subhipótesis N°4 : "Sí existe asociación entre la sensibilidad y la angustia"

Hipótesis nula: No existe asociación entre la sensibilidad y la angustia.

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455, con un grado de libertad.

CUADRO N° 9

14.- Sensibilidad.

24.- Angustia.

		24			
		+		-	
14	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Total.
+	19	17.28	8	9.72	27
-	13	14.72	10	8.28	23
TOTAL	32	32.00	18	18.00	50

$$X = 0.879$$

Realizado las operaciones estadísticas, se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 0.879. En consecuencia como este valor es superior a 0.455, no cae en la zona de

aceptación de la hipótesis nula y en consecuencia es descartable. Esto supone que hay una relación de asociación entre el estado anímico afectivo de sensibilidad con la actitud de angustia en los adolescentes obserbados. Con un grado de significatividad estadística del 0.50 de confianza.

1.5. Subhipótesis N° 5: "Si existe asociación entre la cólera y el rechazo verbal".

Hipótesis nula: No existe asociación entre la cólera y el rechazo verbal".

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455, con un grado de libertad.

CUADRO N° 10

15.- Cólera

46.- Rechazo verbal.

46					
15	Obs. ⁺	Cal.	Obs.	Cal. ⁻	TOTAL
+	0	0.56	28	27.44	28
-	1	0.44	21	21.56	22
TOTAL	1	1.00	49	49.00	50

$$X = 1.322$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 1.322. Como este valor es superior a 0.455 no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula y consecuentemente será descartada. Esto supone que hay relación de asociación entre el estado anímico afectivo de la cólera y la actitud de rechazo verbal en la situación de expectativa; con un grado de significatividad del 0.50 de confianza.

1.6. Subhipótesis N° 6 : "Sí existe asociación entre la tensión con el temblor y los gestos en los adolescentes".

Hipótesis nula: No existe asociación entre la tensión con el temblor y los gestos.

La Hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor de 0.455 con un grado de libertad.

CUADRO N° 11

16.- Tensión.

31.- Temblor y; 40.- Gestos.

	31					40				
	+			-		+		-		To-
16	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Total	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	tal.
+	10	9.36	29	29.64	39	13	10.14	26	28.86	39
-	2	2.64	9	8.36	11	0	2.86	11	8.14	11
TOTAL	12	12.00	38	38.00	50	13	13.00	37	37.00	50

$$X = 0.259$$

$$X = 4.970$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido: En el 1° caso un valor de chi cuadrado de 0.259; como este valor es inferior a 0.455, cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula y consecuentemente la hipótesis de trabajo con respecto a la relación tensión temblor será rechazada. En el 2° caso hay un valor de chi cuadrado de 4.970; como este valor es superior a 0.455, no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula y en consecuencia es descartable. En este 2° caso se supone que existe relación de asociación entre la tensión con los gestos que manifiesta el adolescente en la situación de expectativa;

con un grado de significancia del 0.50 de confianza.

SITUACION INMINENTE STRESS

1.7. Sub-hipótesis N° 7: "Si hay asociación entre la inadaptación con la sudoración y el temblor".

Hipótesis nula: No existe asociación entre la inadaptación con la sudoración y el temblor.

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor que 0.455 - con un grado de libertad.

CUADRO N° 12

11.- Inadaptación.

30.- Sudoración y; 31.- Temblor.

	30					31				
	Obs.	⁺ Cal.	Obs.	⁻ Cal.	Tot.	⁺ Obs.	Cal.	⁻ Obs.	Cal.	Tot.
11										
+	10	10.56	38	37.44	48	11	10.78	38	38.22	49
-	1	0.44	1	1.56	2	0	0.22	1	0.78	1
TOTAL	11	11.00	39	39.00	50	11	11.00	39	39.00	50

$$X = 0.9519$$

$$X = 0.3035$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido: En el 1º caso hay un valor de chi cuadrado de 0.9519; en consecuencia como este valor es superior a 0.455 no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula que la descartamos. Esto supone que hay una relación de asociación entre la inadaptación como estado anímico afectivo con la sudoración como actitud manifestada por el adolescente, con un grado de significancia de 0.50 de confianza en la situación de inminente stress. En el 2º caso existe un valor de chi cuadrado de 0.3035, como este valor es inferior a 0.455, cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula y consecuentemente la hipótesis de trabajo con respecto a la relación de asociación entre la inadaptación con el temblor en la situación de inminente stress será rechazada.

1.8. Subhipótesis N° 8: "Si existe asociación entre la depresión con la tristeza y el temor morboso del adolescente en la situación de inminente stress".

Hipótesis nula: No existe asociación entre la depresión con la tristeza y el temor morboso.

Hipótesis nula será descartada en caso de chi cuadrado sea igual o mayor que 0.455 con un grado de libertad.

CUADRO Nº 13

12.- Depresión.

23.- Tristeza y; 32.- Temor morboso.

	23					32				
		⁺		⁻		⁺		⁻		
12	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Total	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Total
+	2	4.16	14	11.84	16	1	1.6	15	14.4	16
-	11	8.84	23	25.16	34	4	3.4	30	30.6	34
TOTAL 13	13.00		37	37.00	50	5	5.0	45	45.00	50

$$X = 2.2287$$

$$X = 0.2710$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido: En el 1º caso un valor de chi cuadrado de 2.2287 en consecuencia como este valor es superior a 0.455, no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula con respecto a la depresión y la tristeza, que la descartamos. Esto supone que existe una relación de asociación entre la depresión y la tristeza en el adolescente observado en la situación de inminente stress, con un grado de significación de 0.50 de confianza. En el 2º caso, existe un valor de chi cuadrado de 0.2710, en consecuencia como este valor es inferior a 0.455, cae en la aceptación de la hipó

tesis nula y consecuentemente la hipótesis de trabajo con respecto a la relación de asociación entre la depresión y el temor morboso será rechazada.

1.9. Subhipótesis N° 9: "Existe relación de asociación en tre la ansiedad con la angustia y la inseguridad del adolescente en situación inminente stress".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación entre la ansiedad y la angustia y la inseguridad.

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455 con un grado de libertad.

CUADRO N° 14

13.- Ansiedad.

24.- Angustia, 38.- Inseguridad.

24						38				
	+		-			+		-		
13	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Tot.	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Tot.
+	26	24.18	5	6.82	31	18	17.36	13	13.64	31
-	13	14.82	6	4.18	19	10	10.64	9	8.36	19
TOTAL	39	39.00	11	11.00	50	28	28.00	22	22.00	50

$$X = 1.6388$$

$$X = 0.1005$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido: En el 1º caso un valor de chi cuadrado de 1.6388 como este valor es superior a 0.455, no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula con respecto a la ansiedad con la angustia, que la descartamos. Esto supone que existe una relación de asociación entre la ansiedad con la angustia en la situación inminente stress, con un grado de significación de 0.50 de confianza. En el 2º caso un valor de chi cuadrado de 0.1005, como este valor es inferior a 0.455, cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula y consecuentemente la hipótesis de trabajo con respecto a la relación de asociación entre la ansiedad con la inseguridad en la situación de inminente stress será rechazada.

1.10. Subhipótesis Nº 10: "Sí existe relación de asociación entre la sensibilidad con la angustia del adolescente en la relación de inminente stress".

Hipótesis nula: No existe asociación entre la sensibilidad y la angustia.

La hipótesis nula será descartada en caso de que chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455, con un grado de libertad.

CUADRO N° 15

14.- Sensibilidad.

24.- Angustia.

24					
14	Obs.	⁺ Cal.	⁻ Obs.	Cal.	Total
+	22	22.14	5	4.86	27
-	19	18.86	4	4.14	23
TOTAL	41	41.00	9	9.00	50

$$X = 0.0105$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 0.0105. En consecuencia como este valor cae en la zona de la aceptación de la hipótesis nula y en consecuencia la hipótesis de trabajo será rechazada. Esto significa que el estado anímico afectivo de la sensibilidad no tiene relación de asociación con la actitud de angustia del adolescente de la situación inminente stress; con un grado de significación de 0.50 de confianza.

1.11. Subhipótesis N° 11: "Si existe relación de asociación entre la cólera y el rechazo verbal en el adolescente en la situación de inminente stress".

Hipótesis nula: No existe asociación entre la cólera y el rechazo verbal.

La hipótesis nula será descartada en caso de que - el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455 con un grado de libertad.

CUADRO N° 16

15.- Cólera.

46.- Rechazo Verbal.

46					
15	⁺ Obs.	Cal.	⁻ Obs.	Cal.	Total
+	5	4.2	25	25.8	30
-	2	2.8	18	17.2	20
TOTAL	7	7.0	43	43.0	50

$$X = 0.4194$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 0.4194. Como este valor es inferior a 0.455, se encuentra en la zona de aceptación de la hipótesis nula consecuentemente la hipótesis de trabajo será rechazada. Esto significa, que no existe relación de asociación entre el estado anímico de la cólera con el rechazo verbal (actitud) del adolescente en la situación inminente stress; con un grado de significación del 0.50 de confianza.

- 1.12. Subhipótesis N° 12: "Sí existe relación de asociación entre la tensión con el temblor y los gestos del adolescente en la situación inminente stress".
- Hipótesis nula: No existe relación de asociación entre la tensión con el temblor y los gestos.
- La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455 con un grado de libertad.

CUADRO N° 17

16.- Tensión.

31.- Temblor; 40.- Gestos.

	31					40				
	+			-		+			-	
16	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Total	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Total
+	9	9.84	32	31.16	41	17	16.4	24	24.6	41
-	3	2.16	6	6.84	9	3	3.6	6	5.4	9
TOTAL	12	12.00	38	38.00	50	20	20.00	30	30.0	50

$$X = 0.5240$$

$$X = 0.8010$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido valores: En el 1° caso = 0.524 y en el 2° = 0.801 como estos valores son superiores a 0.455, no pertenece a zona de aceptación de las hipótesis nulas y por ello quedan descartadas. Esto supone que existe relación de asociación entre estado anímico de tensión con las actitudes de temblor y gestos del adolescente en la situación inminente - stress; con un grado de significatividad del 0.50 de confianza.

SITUACION DE STRESS INTERVENCION

1.13. Subhipótesis N° 13: "Si existe relación de asociación entre la inadaptación con la sudoración y el temblor en el adolescente en la situación de stress intervención".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación - entre la inadaptación con la sudoración y el temblor.

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor que 0.455, con un grado de libertad.

CUADRO N° 18

11.- Inadaptación

30.- Sudoración, 31.- Temblor.

30						31					
	+			-			+			-	
11	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Tot.	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Tot.	
+	17	16.66	32	32.34	49	17	16.66	32	32.34	49	
-	0	0.34	1	0.66	1	0	0.34	1	0.66	1	
TOTAL	17	17.00	33	33.00	50	17	17.00	33	33.00	50	

$$X = 3.5855$$

$$X = 3.5855$$

Realizado el procedimiento estadístico se ha -
obtenido los valores de chi cuadrado de : 3.5855 y 3.5855
en los casos. Como estos valores son superiores a 0.455,
no cae en la zona de la hipótesis nula, consecuentemente
la descartamos. Esto significa que hay una relación
de asociación entre el estado anímico afectivo de
inadaptación con las actitudes de signos y síntomas de -
sudoración y temblor en el adolescente en la situación -
de stress intervención. Con un grado de significación del
0.50 de confianza.

1.14. Subhipótesis N° 14: "Sí existe relación de asociación
entre la depresión con la tristeza y el temor
morboso en el adolescente en la situación de stress
intervención".

Hipotesis nula: No existe relación de asociación -
entre la depresión con la tristeza y el temor mor-
boso.

La hipótesis nula será descartada en caso de que
el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455
con un grado de libertad.

CUADRO N° 19

12.- Depresión.

23.- Tristeza, 32.- Temor morboso.

12	23					32				
	Obs.	⁺ Cal.	Obs.	⁻ Cal.	Tot.	Obs.	⁺ Cal.	Obs.	⁻ Cal.	Total
+	5	4.8	10	10.2	15	3	2.1	12	12.9	15
-	11	11.2	24	23.8	35	4	4.9	31	30.1	35
TOTAL	16	16.0	34	34.0	50	7	7.0	43	43.0	50

$$X = 0.0141$$

$$X = 0.638$$

Realizado el procedimiento estadístico se ha obtenido los valores de chi cuadrado: En el 1° caso de = 0.0141; como este valor es inferior a 0.455, no cae en la zona de la hipótesis nula, consecuentemente la hipótesis de trabajo será rechazada. En el 2° caso el valor de chi cuadrado es de 0.638, como este valor es superior a 0.455, no cae en la zona de la hipótesis nula y en consecuencia queda descartada. Esto significa que existe una relación de asociación entre el estado anímico afectivo depresivo con la actitud de temor morboso en el adolescente en la situación de stress intervención, con un grado de significación de 0,50 de confianza.

1.15. Subhipótesis N° 15: "Si existe relación de asociación entre la ansiedad con la angustia y la inseguridad en el adolescente en la situación de stress intervención".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación - entre la ansiedad con la angustia y la inseguridad". La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455, con un grado de libertad.

CUADRO N° 20

13.- Ansiedad

24.- Angustia, y; 38.- Inseguridad.

13	+		-		Tot.	+		-		Total
	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.		Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	
+	28	28.9	3	3.1	31	19	19.22	12	11.78	31
-	17	17.1	2	1.9	19	12	11.78	7	7.22	19
TOTAL	45	45.0	5	5.0	50	31	31.00	19	19.00	50

$$X = 0.0941$$

$$X = 0.0166$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido los valores de chi cuadrado de 0.0941 y de 0.0166

Como estos valores son inferiores a 0.455 cae en la zona de la hipótesis nula y en consecuencia la hipótesis de trabajo será rechazada. Esto significa que no existe relación de asociación entre la ansiedad con la angustia y la inseguridad.

1.16 Subhipótesis N° 16: "Sí existe relación de asociación entre la sensibilidad con la angustia".

Hipótesis nula: No existe asociación entre la sensibilidad con la angustia.

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455, con un grado de significación de 0.50 de confianza.

CUADRO N° 21

14.- Sensibilidad

24.- Angustia.

14	24				TOTAL
	+		-		
	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	
+	24	24.3	3	2.7	27
-	21	20.7	2	2.3	23
TOTAL	35	45.0	5	5.0	50

$$X = 0.754$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 0.754. Consecuentemente, como este valor es superior a 0.455, no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula, que la descartamos. Esto significa, que si hay relación de asociación entre el estado anímico afectivo de sensibilidad con la actitud de la facies de angustia en el adolescente en la situación del 0.50 de confianza.

1.17. Subhipótesis N° 17: "Sí existe relación de asociación entre la cólera con el rechazo verbal en el adolescente en la situación de stress intervención".

Hipótesis Nula: No existe relación de asociación - entre la cólera con el rechazo verbal.

La Hipótesis Nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455 con 0.50 de confianza.

CUADRO N° 22

15.- Cólera.

46.- Rechazo verbal.

46					
15	+		-		Total
	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	
+	7	6.96	22	22.04	29
-	5	5.04	16	15.96	21
TOTAL	12	12.00	38	38.00	50

$$X = 0.0006$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 0.0006. Como este valor es inferior a 0.455 cae en la zona de la hipótesis nula y consecuentemente la hipótesis de trabajo será rechazada. Esto supone que el estado anímico afectivo de cólera con la actitud frente al odontólogo de rechazo verbal no tienen relación de asociación.

1.18. Subhipótesis N° 18: "Sí existe relación de asociación entre la tensión con el temblor y los gestos del adolescente en la situación de stress intervención".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación entre la tensión con el temblor y los gestos.

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455, con un grado de libertad.

CUADRO N° 23

16.- Tensión.

31.- Temblor y 46.- Gestos.

	31					46				
	+		-			+		-		
16	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Total	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Total
+	11	13.6	29	26.4	40	20	19.2	20	20.8	40
-	6	3.4	4	6.6	10	4	4.8	6	4.8	10
TOTAL	17	17.0	33	33.0	50	24	24.0	26	26.0	50

$$X = 3.765$$

$$X = 0.319$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido: En el 1° caso se ha obtenido un valor de chi - cuadrado de 3.765; como este valor es superior a 0.455, no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula, en consecuencia será descartada. Esto supone que sí existe relación de asociación entre el estado anímico afectivo de tensión con la actitud de temblor en el adolescente - en la situación de stress intervención; con un grado de

significación del 0.50 de confianza. En el 2º caso se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 0.319; como este valor es inferior a 0.455, cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula, en consecuencia la hipótesis de trabajo será rechazada.

SITUACION DE POST STRESS

1.19. Subhipótesis N° 19: "Sí existe relación de asociación entre la inadaptación con la sudoración y el temblor en el adolescente en la situación de post-stress".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación - entre la inadaptación con la sudoración y el temblor.

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455, con un grado de libertad.

CUADRO N° 24

11.- Inadaptación.

30.- Sudoración, 31.- Temblor.

	30				Total	31				Tot.
	Obs.	⁺ Cal.	⁻ Obs.	Cal.		⁺ Obs.	Cal.	⁻ Obs.	Cal.	
+	14	13.72	35	35.28	49	12	11.76	37	37.24	49
-	0	0.28	1	0.72	1	0	0.24	1	0.76	1
TOTAL	14	14.00	36	36.00	50	12	12.00	38	38.00	50

$$X = 0.3967$$

$$X = 0.3815$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido los valores de chi cuadrado 0.3967 y 0.3215. Como estos valores son inferiores a 0.455. En consecuencia caen en la zona de aceptación de la hipótesis nula y por esto la hipótesis de trabajo será rechazada. Esto significa que el estado anímico afectivo de la inadaptación no tiene relación de asociación con los signos y síntomas de la sudoración y el temblor.

1.20. Subhipótesis N° 20: "Si existe relación de asociación entre la depresión con la tristeza y el temor morboso en el adolescente en la situación de post-stress".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación entre la depresión con la tristeza y el temor morboso.

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455 con un grado de libertad.

CUADRO N° 25

12.- Depresión

23.- Tristeza y; 32.- Temor Morboso.

23						32				
12	+		-		Total	+		-		Tot.
	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.		Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	
+	1	2.52	13	11.48	14	0	0.84	14	13.16	14
-	8	6.48	28	29.52	36	3	2.16	33	33.84	36
TOTAL	9	9.00	41	41.00	50	3	3.00	47	47.00	50

$$X = 1.5527$$

$$X = 0.049$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido: En el 1º caso un valor de chi cuadrado 1.552; como este valor es superior a 0.455, no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula; la cual la descartamos en relación al estado anímico afectivo de la depresión con la tristeza. Esto significa que sí existe una relación de asociación entre la depresión y la tristeza. En el 2º caso un valor de chi cuadrado de 0.049; como es este valor es inferior a 0.455 cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula respecto a este caso. Esto significa que no existe relación de asociación entre el estado anímico de depresión con el temor morboso en el adolescente en la situación de post-stress.

1.21. Subhipótesis N° 21: "Sí existe relación de asociación entre la ansiedad con la angustia y la inseguridad en el adolescente en la situación de post - stress".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación - entre la ansiedad con la angustia y la inseguridad. La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 0.455 con un grado de libertad.

CUADRO N° 26

13.- Angustia.

24.- Angustia, y 38.- Inseguridad.

24						38					
13	Obs.	⁺ Cal.	⁻ Obs.	Cal.	Tot.	⁺ Obs.	Cal.	⁻ Obs.	Cal.	Tot.	
+	8	9.28	21	19.72	29	17	15.08	12	13.92	29	
-	8	6.72	13	14.28	21	9	10.92	12	10.08	21	
TOTAL	16	16.00	34	34.00	50	26	26.00	24	24.00	50	
X = 0.618						X = 1.212					

Realizado el procedimiento estadístico se ha obtenido los valores de chi cuadrado de 0.618 en el 1° caso y 1.212 en el 2° caso. Como estos valores son superiores a 0.455, no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula que la descartamos. Esto supone, que sí existe relación de asociación entre el estado anímico afectivo de la ansiedad con las actitudes de angustia y de inseguridad en el adolescente en la situación de post-stress con un grado de significación del 0.50 de confianza.

1.22. Subhipótesis N° 22: "Sí existe relación de asociación entre la sensibilidad con la angustia, en el adolescente en la situación de post-stress".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación entre la sensibilidad y la angustia.

Se descartará la hipótesis nula, en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor que 0.455, con un grado de libertad.

CUADRO N° 27

14.- Sensibilidad.

24.- Angustia.

24					
14	⁺ Obs.	Cal.	⁻ Obs.	Cal.	Total
+	10	9.18	17	17.82	27
-	7	7.82	16	15.18	23
TOTAL	17	17.00	33	33.00	50

$$X = 0.241$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido el valor de chi cuadrado de 0.241, como este valor es inferior a 0.455, cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula, consecuentemente la hipótesis de trabajo será rechazada. Esto supone que no existe relación de asociación entre el estado anímico de la sensibilidad con la actitud de angustia del adolescente en la situación de post-stress; con un grado de significación de 0.50 de confianza.

1.23. Subhipótesis N° 23: "Sí existe relación de asociación entre la cólera con el rechazo verbal en el adolescente en la situación de post-stress".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación entre la cólera con el rechazo verbal.

Se descartará la hipótesis nula, en el caso de que el valor de chi cuadrado es igual o mayor a 0.455, con un grado de libertad.

CUADRO N° 28

15.- Cólera.

46.- Rechazo Verbal.

15	46		Obs.	Cal.	Total
	+	-			
	Obs.	Cal.			
+	1	0.56	27	27.44	28
-	0	0.44	22	21.56	22
TOTAL	1	1.00	49	49.00	50

$$X = 1.297$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 1.297, En consecuencia, como este valor es superior a 0.455, no cae en la zona de la hipótesis nula y por esto ha descartamos. Esto significa que el estado anímico de cólera tiene relación de asociación con la actitud de rechazo verbal en el adolescente en la situación de post-stress; con un grado de significación del 0.50 de confianza.

- 1.24. Subhipótesis N° 24: "Si existe relación de asociación entre la tensión con el temblor y los gestos en el adolescente en la situación de post-stress".
Hipótesis Nula: No existe relación de asociación entre la tensión con el temblor y los gestos.
La hipótesis nula será descartada en caso de que χ^2 cuadrado sea igual o mayor a 0.455, con un grado de libertad.

CUADRO N° 29

16.- Tensión.

31.- Temblor, 40.- Gestos.

		31				40				
		⁺		⁻		⁺		⁻		
16	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Tot.	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Total
+	10	7.4	27	28.6	37	4	3.7	33	33.3	37
-	0	2.6	13	10.4	13	1	1.3	12	11.7	13
TOTAL	10	10.0	40	40.0	50	5	5.0	45	45.0	50

$$X = 4.390$$

$$X = 0.080$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido: En el 1° caso un valor de χ^2 cuadrado de 4.390 como este valor es superior a 0.455, no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula y en consecuencia la descarta

mos. Esto significa que, si existe relación de asociación entre el estado anímico afectivo de la tensión con el temblor en el adolescente en la situación de post-stress, con un grado de significación del 0.50 de confianza. En el 2º caso, un valor de chi cuadrado de 0.080; como este valor es inferior a 0.455, cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula, consecuentemente la hipótesis de trabajo será rechazada respecto a la relación de asociación entre la tensión con los gestos.

INTERPRETACION A LA HIPOTESIS N° 1

Hemos observado que la hipótesis N° 1 ha sido verificada por las sub-hipótesis de trabajo entre los estados de ánimo afectivo con las actitudes psicológicas - válidos en las cuatro situaciones de stress. El índice - médico de Cornell M., nos ha permitido conocer el estado emocional de cada adolescente y relacionarlo con las actitudes psicológicas tomadas en la ficha de observación. Esto significa en la practica profesional, predecir las actitudes psicológicas probables que adoptará el individuo (de acuerdo a la relación de asociación válidas) mediante el uso o empleo previo del mencionado índice; y a la vez comprender el problema emocional del paciente y preveer tomando las medidas adecuadas para cada caso.

El estudio de las sub-hipótesis de trabajo entre la inadaptación con la sudoración y el temblor, nos dan certeza de relación de asociación en las situaciones de inminente stress y stress intervención. Es decir que el adolescente con inadaptación presentan en las situaciones señaladas actitudes del tipo síntomas y signos: sudoración y temblor. El stress causa un estado de desajuste, existiendo una incapacidad para enfrentarse con éxito a las condiciones que impone la exodoncia; ésta, actúa como factor negativo para el individuo que le entorpece el ajuste adecuado a su conducta individual. La inadecuación es el resultado entre la estructura de su personalidad con su ambiente; dicha estructura depende de la herencia, de experiencias emocionales a los que está sometido durante su infancia y a la madurez emocional del individuo; el desmoronamiento de la personalidad es causado por las tensiones internas y externas, en este caso es el ambiente el que actúa en forma de tensiones externas crea la exodoncia si la fuerza de reacción supera la capacidad y control del Yo, da como resultante la angustia y los síntomas se intensifican,

Las sub-hipótesis de trabajo en relación de asociación entre la depresión con la tristeza y el temor mor

boso han sido válidos para la tristeza en las situaciones de expectativa, inminente stress y post-stress; y para con el temor morboso en las situaciones de expectativa y stress intervención. El adolescente depresivo tiende desde el comienzo de las situaciones stresantes manifestar tristeza excepto la situación de stress intervención, en la cual no llega a notarse. El temor morboso en el adolescente depresivo es manifiesta desde el ingreso y en la misma exodoncia. Es frecuente la depresión en el adolescente, generalmente se expresan en auto lamentaciones, reproches, hipocondrías persistentes, y ataques agudos de desesperación. Aquí nuevamente es el stress el que causa en estos adolescentes las probables actitudes verificadas.

Las sub-hipótesis de trabajo referentes a la relación de asociación entre la ansiedad con la angustia y la inseguridad son válidas en respecto con la angustia en las situaciones de inminente stress y post-stress; respecto con la inseguridad en las situaciones de expectativa y post stress. La angustia se manifiesta en el momento de la aplicación del anestésico y al final de la intervención los adolescentes con ansiedad presentan expresiones angustiantes descritas y similares a las definiciones ci

tadas de cada una de estas actitudes en capítulos anteriores. La inseguridad se presenta por la desconfianza - del individuo que pregunta ¿Qué se le va a hacer? si le va a doler o nó la extracción?, pide al odontólogo que - realice despacio la exodoncia. La ansiedad está relacionada con la inquietud, el miedo, los adolescentes sienten zozobra por herir los sentimientos de los demás o por producir mala impresión. Al respecto de la ansiedad, Pillard refiere que en 272 pacientes clínicos dentales quienes estuvieron esperando un exámen, excedió en ansiedad al de un grupo de estudiantes en reposo, pero fue menor el del grupo de pacientes que esperaban una evaluación-psiquiátrica. No encontró interrelación entre el dolor - sufrido en procedimientos dentales anteriores y la ansiedad presente. El hallazgo de la ansiedad coincide con lo observado en el grupo de adolescentes investigados.

Las sub-hipótesis de trabajo referentes a la - relación de asociación entre la sensibilidad con la angustia son válidas en las situaciones de expectativa y stress intervención. La sensibilidad desde el punto de vista de constitución orgánica y temperamental varía con mucha diferencia; por ejemplo para Kretschmer, el grupo perteneciente a los esquizotímicos, tienden mas a la sen

sibilidad que los ciclotímicos; también en la clasificación de temperamentos según Sheldon, los individuos mas inclinados a la sensibilidad son los que corresponden al grupo denominado cerebrotónico que los de los grupos viscerotónico y somatotónico. Esto indica, que el grado de sensibilidad tiene mucho que ver con el tipo temperamental del individuo. Mas aún, la sensibilidad en los adolescentes es característico pues, en ese período de la vida el individuo no le gusta que le critiquen, creen ser incomprendidos, muchos lloran por cualquier motivo. Esta sensibilidad que padece el adolescente, en una situación de stress, se puede caracterizar por manifestaciones de angustia.

La sub-hipótesis de trabajo en relación de asociación entre la cólera y el rechazo verbal, son válidas en la situación de expectativa y post-stress. La gran mayoría de los adolescentes se ofenden con facilidad por cualquier minuciosidad; la cólera, está traducida en impulsos indisciplinarios generalmente causada por una dirección paterna débil; la réplica verbal llega a adquirir una intensidad acentuada; esta afirmación lo confirma las hipótesis válidas dadas aquí.

Las subhipótesis en relación de asociación entre la tensión con el temblor y los gestos son válidas: En relación al temblor en las situaciones inminente stress, stress intervención y post stress. En relación con los gestos, se presentan en las situaciones de expectativa y de inminente stress. Las tensiones son traducidas en temblor y gestos a causa del stress-exodóntico. Los individuos tensos generalmente se hallan sometidos a estimulaciones súbitas y preocupaciones prolongadas. Land Melvin afirma que uno de cada diez pacientes dentales padecen severa enfermedad emocional y muchas veces están asociados con otros síntomas.

En el cuadro N° 30, se observará un resumen de las asociaciones entre los estados anímicos afectivos de I.M.C.M., con algunas actitudes escogidas de la ficha de observación. La cruz señala las asociaciones que han quedado verificadas. (Pág. 141).

CUADRO N° 30

I .- Situaciones de stress.

II .- Estados anímicos afectivos.

III.- Actitudes (escogidas) psicológicas.

II	I Situación de Situación in- Stress in- Post espectativa. minente stress tervención stress			
	III			
Inadaptec.	Sudor.		+	+
	Tembl.			+
Depresión	Trist.	+	+	+
	Tem.Mor.	+		+
Ansiedad	Angustia		+	+
	Inseguri.	+		+
Sensibil.	Angustia	+		+
Cólera	Rech.Ver.	+		+
Tensión	Temblor		+	+
	Gestos	+	+	
TOTAL		6	5	5

III. COMPARACION DE LAS ACTITUDES PSICOLOGICAS DEL ADOLESCENTE DURANTE LAS CUATRO SITUACIONES DE ESTRESS.

Para poder comparar las actitudes psicológicas del adolescente, lo haremos determinando previamente el promedio de las personas que presentan las diferentes ac

itudes, con el fin de determinar la frecuencia de acti-
udes que los adolescentes estudiados lo manifestaron.

HIPOTESIS

LAS ACTITUDES PSICOLOGICAS DEL ADOLESCENTE ESTAN EN RA-
ZON INVERSA CUANTITATIVAMENTE CON EL PROMEDIO DE LAS PER
SONAS OBSERVADAS EN CADA UNA DE LAS SITUACIONES SE STRESS".
SITUACION DE ESPECTATIVA.

CUADRO N° 31

\bar{X}	0.00-0.20	0.21-0.40	0.41-0.60	0.61-0.80	0.81-1.00
	f. %	F. %	f. %	f. %	
Negación	0,1	Ri. Ner. 11,22	Rig. Mus. 26,52	Angust. 31,62	
Palidez	1,2	Temblor 12,24	Depen. 26,52	Intro. 31,62	
T. Morbo.	1,2	Gestos 14,28	Inseg. 28,56	Tranq. 32,64	
Llanto	1,2	Acep. Pa. 17,34	Rubor 28,58	Acep. Ac. 33,36	
Naús. Vom.	1,2	Relaja. 18,36			
Académi.	2,4	Extrov. 19,38			
Mirada	3,6	Interés 19,38			
Malestar	4,8	Psers. 20,40			
Tristeza	5,10				
Sudorac.	9,18				

CUADRO N° 32

SITUACION INMINENTE STRESS

X	0.00-0.20	0.21-0.40	0.41-0.60	0.61-0.80	0.81-1.00
	f. %	f %	f %	f %	f %
Agresión	0,0	Relajac. 11,22	Interés 24,48	Mirada 31,62	Rigi Mus. 41,82
Palidez	1,2	Tristeza 13,26	Persuac. 27,54	Introv. 31,62	
Negación	1,2	Extrove. 19,38	Insegur. 28,56	Tranqui. 38,76	
Naúfs. Vcm.	1,2	Depende. 20,40	Rubor 29,58	Angustia 39,78	
Academi.	2,4	Gestos 20,40		Acep. Act. 40,80	
Llanto	3,6				
Temor	M. 5,10				
Erotiza.	5,10				
Risa	Ner. 6,12				
Malestar	6,12				
Indiferen.	6,12				
Rechazo	M. 8,16				
Temblor	10,20				
Sudorac.	10,20				
Acepta.	Pa. 10,20				

CUADRO N° 33

SITUACION DE STRESS INTERVENCION

\bar{x}	0.00-0.20	0.21-0.40	0.41-0.60	0.61-0.80	0.81-1.00
	f %	f %	f %	f %	f %
Negación	0,0	Recha. V. 11,22	Depend. 23,46	Introv. 31,62	Rigides M. 44,88
Palidez	1,2	Tristeza 16,32	Gestos 23,46	Mirada 32,64	
Naúseas	V. 1,2	Temblor 17,34	Interés 24,48	Rubor 34,68	
Académico	2,4	Extrove. 19,38	Tranquili. 28,56	Angust. 39,78	
Agresión	2,4	Sudórac. 20,40	Insegu. 29,58	Acept. A. 40,80	
Relaja,	4,8		Persua. 29,58		
Erot. Indf. Risa	N. 5,10				
Llan. Rech. M.	6,12				
Males. Temor	M. 7,14				
Acep. Pa.	9,18				

CUADRO N° 34

SITUACION POST-STRESS

X	0.00-0.20	0.21-0.40	0.41-0.60	0.61-0.80	0.81-1.00
	f %	f %	f %	f %	f %
Agresión	0,0	Indifer. 11,22	Relaja. 25,50	Introvers. 31,62	Tranquil. 44,88
Negación	1,2	Temblor 12,24	Rigid.M. 25,50		
Palidez	1,2	Sudorac. 17,34	Depende. 25,50		
Llanto	1,2	Angustia 18,36	Insegur. 26,52		
Náuseas	V. 1,2	Interés 18,36	Persua. 26,52		
Recha.	Ver. 1,2	Extrov. 19,38	Rubor 28,56		
Malestar	2,4	Acepta P. 19,38	Acep. Ac. 30,60		
Rechz.	M. 2,4				
Académi.	4,8				
Temor	M. 4,8				
Risa	Ner. 5,10				
Erotizac.	5,10				
Tristeza	8,16				
Mirada	8,16				
Gestos	8,16				

En los cuadros N° 31,32,33, y 34, podemos observar que la mayor cantidad de las actitudes estudiadas presentan un \bar{X} (promedio) menor de personas que las padecen y que el \bar{X} de personas aumentan inversamente a la cantidad de actividades verificando de esta manera la hipótesis formulada.

Por esto podemos deducir, que actitudes predominan en cada situación stressante teniendo en cuenta el \bar{X} de los adolescentes a partir de 0.61 a 1.00: En la situación de expectativa: Aceptación activa 33(66%), tranquilidad 32(64%), introversión 31(62%), y la angustia 31(62%). En la situación de inminente stress: Rigidez muscular 41(82%), Aceptación activa 40(80%), Angustia 39(78%), Tranquilidad 38(76%), Introversión 31(62%), y mirada 31(62%). En la situación de stress intervención: Rigidez muscular 44(88%), Aceptación activa 40(80%), Angustia 39(78%), Rubor 34(68%), Mirada 32(64%), e Introversión 31(62%). Y en la situación de post-stress: Tranquilidad 44(88%) y en la Introversión 31(62%).

A un menor promedio de adolescentes (0.00-0.20) es mayor el número de actitudes observadas; y a un promedio progresivo mayor de adolescentes, es menor el número de actitudes observadas (0.21-1.00) durante las cuatro

situaciones de stress. De eso da como consecuencia:

- a) Tomando como promedio de mayoría desde 0.50 a 1.00 sa
bremos cuales con las actitudes mas frecuentes de los
adolescentes, y
- b) En la situación de stress intervención es en donde al
canzan 14 actitudes su maximo umbral (45.1%).

Ver cuadro N° 35

CUADRO N° 32

I.- Situaciones de stress
 \bar{X} .- Promedio de adolescentes.

\bar{X}	I Situación de espectativa.	Situación imminente stress.	Stress inter- vención	Post stress	TOTAL
0.00 - 0.20	Palidez 1,2 Erotiz. 1,2	Negación 1,2 Rechaz.mot.8,16	Agresión 2,4 Llanto 6,12 Malestar 7,14 Tem.Morb.7,14	Académi- co 4,18	10
0.20 - 0.40	Risa Nerviosa 11,22 Extroversión 19,38		Rech.Ver.11,22 Triste. 16,32 Temblor 17,34 Sudorac.20,40	Indifer. 11,22 Acep.Pa. 19,38	18
0.41 - 0.60	Dependencia 26,52	Interés 24,48	Gestos 23,46 Inseg. 29,58 Persua.29,59	Relaja. 25,50	6
0.61 - 0.80	Introversión 31,62	Angustia 39,78 Acep.act.40,80	Mirada 32,64 Rubor 34,68		5
0.81 - 1.00			Rigides mus- cular 44,88	Tranqui. 44,88	2
TOTAL	7	5	14	5	31

IV. ANALISIS DE LAS ACTITUDES PSICOLOGICAS DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA EXODONCIA COMO SITUACION DE STRESS.

Para el estudio del siguiente análisis se realizará de acuerdo al porcentaje obtenido, considerando cada actitud en el criterio positivo (ver definición de término), en cada una de las situaciones de stress. Y en base al planteamiento de la siguiente hipótesis.

"LA INTENSIDAD DEL STRESS EXODONTICO ESTA EN RAZON DIRECTA A LA MANIFESTACION DE ACTITUDES NEGATIVAS Y EN RAZON INVERSA AL DE LAS ACTITUDES POSITIVAS".

CUADRO Nº 36

I.- Situaciones de Stress

II.- Facies.

II	I Situac.de espectativa	Situac.inmi- nente stress	Stress in- tervención	Post stress
Relajación	18(36%)	11(22%)	6(8%)	25(50%)
Tranquilidad	32(62%)	38(76%)	28(56%)	44(88%)
Tristeza	5(10%)	13(26%)	16(32%)	8(16%)
Angustia	31(62%)	39(78%)	46(92%)	18(36%)

II.- Facies.

Según Rudolph, la vida anímica y la fisonomía están íntimamente relacionados, las expresiones de la mímica pueden llegar a 907 tipos; esto nos da una idea de la cantidad de posibles expresiones, que el rostro puede manifestar; más las expresiones características en situaciones de tensión, de "stress", limitan esta clasificación nosotros hemos escogido cuatro clases de expresiones bastante simbólicas:

21.- RELAJACION.

Se observa en el cuadro N° 36, que es en la situación de post-stress la que corresponde a la mayoría de adolescentes 25(50%), es decir, que el adolescente se siente relajado después del acto quirúrgico de la exodoncia. La relajación que se expresa a través de los músculos de la cara sin tensión, va a dar facilidad de manipulación al operador u de esta manera facilitar la exodoncia.

La relajación del paciente constituye un paso fundamental en la terapia que todo profesional debe saber; está indicado sobre todo a las personas tensas o aprehen-

sivas. Se comienza por hacerlo sentar al paciente, inducirle con voz suave a que se relaje uno por uno sus músculos, a la vez que haga respiraciones profundas varias veces, al término de cinco minutos tendremos al paciente menos tenso y mas relajado, este estado condicionará como ya mencionamos, a facilitar la exodoncia o cualquier otro tratamiento con el consiguiente beneficio para nuestro paciente.

22.- TRANQUILIDAD.

La gran mayoría de los adolescentes se encuentran tranquilos 44(88%), en la situación de post-stress, semejante a la actitud de relajación; 38(76%) en la situación inminente stress; 32(64%) en la situación de expectativa, y 28(56%) en la situación de stress intervención. La mayoría de los adolescentes se muestran tranquilos al final de la exodoncia, el stress ha disminuído; caso contrario sucede en la situación de stress intervención, en donde el acto quirúrgico los pone intranquilos, es en esta situación que el stress alcanza su máxima intensidad. La tranquilidad, al igual que la seguridad, el miedo, la inseguridad, etc., corresponden al tipo de emoción primaria característica del instinto de conservación la tranquilidad está en relación con el ambiente que le rodea.

Un ambiente tranquilo inducirá a la no violencia. Existen pacientes que se sienten excitados cuando se encuentran en habitaciones con paredes pintadas de colores subidos de tono, evitemos que nuestras salas de espera sean semejantes habitaciones; al contrario debe existir armonía en proporción y color, a la vez con musica suave, que sirve también como relajante y se ofrezca como lugar agradable.

23.- TRISTEZA.

La mayoría de las personas 16(32%) manifiestan tristeza en la situación de stress intervención; 13(26%) en la situación inminente stress: 8(16%) en la situación de post stress y 5(10%) en la situación de expectativa. Logra alcanzar ésta actitud su máxima representatibidad en el momento quirúrgico . La tristeza se caracteriza por un tono sentimental desagradable expresada por suspiros, pasividad tónica de los músculos voluntarios, comisuras labiales caídas; Wunt las denomina a éste tipo de emoción como asténica. La tristeza en su forma pasiva se presenta con el pulso radial lento y deprimido, respiración lenta y superficial con pausas prolongadas; en su forma -del tipo del los melancólicos- el pulso radial deprimido y frecuentemente, respiración activada acelerada. La triste-

za también puede provenir de la creencia inconsciente o consciente de la pérdida de un elemento de su organismo; la zona oral que ha tenido en la primera infancia mucha significación en forma de gratificaciones, con la pérdida de una pieza dentaria vendrá la consiguiente tristeza. En la adolescencia está relacionada la tristeza con muchos estados depresivos propios de su edad, producto de sus conflictos emocionales. Más es el stress por medio del cual se manifiesta la tristeza y todas las demás actitudes.

24.- ANGUSTIA.

La angustia se manifiesta en la mayoría de las personas 46(92%) de adolescentes de la situación de stress intervención; 39(78%) en la situación inminente stress; 31(62) en la situación de expectativa; 18(36%) en la situación de post-stress. Es en la situación de stress intervención que la manifestación de angustia alcanza sus máximos valores, esto nos indica que la exodoncia como acto quirúrgico nuevamente va a funcionar como el estímulo que aumenta en los adolescentes su capacidad de reaccionar, en este caso en forma de angustia. La angustia es el lenguaje freudiano se define como una combinación de aprensiones, incertidumbre y miedo, con especial refe

rencia a sus manifestaciones corporales; la **aprehensión**, está caracterizada por el temor de que ocurra algún hecho indeseable o desfavorable, con creencia predominante de que el suceso desfavorable tendrá lugar; la **incertidumbre** se caracteriza por la ausencia de creencia debido a la insuficiencia de datos; y el **miedo** se caracteriza por el comportamiento emotivo dado por un tono afectivo de desagrado y acompañamiento con reacciones del sistema nervioso simpático y reacciones motoras; como el temblor, el encogimiento, la huida, ataques convulsivos, etc., por esto la angustia está relacionada con otras actitudes que analizaremos mas adelante. Existe un conflicto entre el Ello y el Yo, pues la realidad interna del Ello está relacionado con el principio del placer y el Yo trata de controlar la situación y no pudiéndolo hacer ante las situaciones stressantes, los impulsos de huida y de lucha entran en conflicto dando por resultado la angustia.

En el curso del desarrollo psicológico del individuo, el Yo adquiere la capacidad de producir angustia cuando surge una situación de peligro. Esta actitud se presentará debido a sufrimientos dentales pasados que han quedado impresos en la mente del joven adolescente o a situaciones semejantes relacionadas con situaciones de

stress; ante tales estados el psiquismo se comportará ya identificándose, fijándose o regresionando a estados anteriores debido a que, el stress le hace rememorar condiciones mas gratificantes que situación de frustración de la exodoncia. El desarrollo completo de angustia puede -paralizar el Yo, quedando indefenso ante el peligro que sobreviene; la misma angustia se puede convertir en neurosis a causa de una experiencia traumática la misma angustia produce la represión y los fenómenos fisiológicos de la angustia como: palpitaciones, respiración agitada, temblor, hiperactividad intestinal, esto va a representar una fijación histérica.

La angustia, junto como la tristeza marcan actitudes del tipo negativo que se dan en la facies, estas actitudes observadas dificultan las labores y manipulaciones del odontólogo. El odontólogo, buscará en la medida de cada paciente la razón de la angustia; y al menos tratará de disminuir en intensidad dicha actitud negativa; dando a entender que el procedimiento le será favorable a su salud, explicándole minuciosamente el procedimiento y ademas induciéndole a la relajación.

A personas demasiado ansiosas o con mucha angustia es conveniente no tratarlos inmediatamente sino -

realizarlo en una sesión especial y previa premeditación, de esta manera disminuirémos la ansiedad o angustia de nuestro paciente y el procedimiento se realizará con mayor comodidad.

CUADRO N° 37

III.- Comunicación verbal y preverbal.

I.- Situaciones de Stress.

IIII	I Situación de expectativa	Situación inminent.Stress	Stress intervenció	Post Stress
Mirada	3(6%)	31(62%)	32(64%)	8(16%)
Negación	0(0%)	1 (2%)	0(0%)	1(2%)

III.- Comunicación verbal y preverbal.

Nos comunicamos de diferentes maneras y de diversas formas por nuestras actitudes, acciones, gestos y palabras el individuo inclina su ser y su vida a expresarse insesantemente aún en ausencia de todo propósito y oportunidad de comunicación. La mirada es un tipo de comunicación preverbal en el cual nos relacionamos con el mundo exterior en el cual nos movilizamos y conocemos. La negación, es un tipo de comunicación verbal en sentido contrario - como su propio nombre lo dice, negativo - a una afirmación.

mación.

25.- MIRADA.-

La mayoría de las personas manifiestan la mirada en su acepción positiva 32(64%) en la situación de stress intervención; 31(62%) de adolescentes lo manifiestan en la situación de inminente stress; 8(16%) en la situación de inminente stress; 8(16%) en la situación de post-stress y; 3(6%) en la situación de expectativa. La actitud de cerrar los ojos ante una situación, manifiesta una falta de comunicación con el medio ambiente que le rodea y con las demás personas que lo rodean, dando por resultado una forma de huida de la situación; también que el cerrar los ojos condiciona a que el individuo viva más intensamente su propio mundo subjetivo; esta manifestación se caracteriza más en la situación de stress intervención, en el cual el número de adolescentes aumentan.

La mirada está asociada a la mímica, a los gestos. Los ojos son muy expresivos por sí mismos; dice Baltazar García, (Delgado 1965) así los ojos escuchan, hablan, vocean, preguntan, responden, riñen, espantan, ahuyentan, atraen, ponderan y todo lo obran; como se observará que siempre está relacionado con la vida del mundo

exterior, el hecho de cerrar los ojos priva del conocimiento del mundo exterior al individuo; esta actitud probablemente se manifiesta en relación con otras actitudes como la introversión, los gestos, etc. En los procedimientos, si el paciente no está con anestesia general, y si nada le impide que esté con los ojos abiertos, él debe conservarlos abiertos los párpados; a la vez que debe estar atento el paciente que de esta forma colaborará con el odontólogo.

26.- NEGACION.

La mayoría que manifiesta 1(2%) se presentan en las situaciones de inminente stress y post stress respectivamente; y 0(0%) en las situaciones de expectativa y de stress intervención. La negación se presenta cuando el odontólogo va a aplicar la anestesia local al adolescente y éste se niega a dicho procedimiento; este tipo de comunicación es frecuente cuando la actitud del odontólogo es conocida como brusca, muchas personas prefieren un tipo de operador a otro por su trato con los pacientes. La negación como actitud desfavorable a todo procedimiento quirúrgico debe de ser controlado por el odontólogo, usando su capacidad sugestiva y la persuasión para cambiar la actitud del paciente; y, sobre todo cambiar

la actitud del propio profesional respecto al trato con los pacientes; que estos se sientan seguros y confíen en el tratamiento que se les realiza mediante el interés que se muestre para con ellos.

CUADRO N° 38

IV.- Signos y síntomas.

I.- Situaciones de stress.

IV	I Situac.de espectativa	Situac.in- minen.stress	Stress in- tervención	Post Stress
Risa nervio sa.	11(22%)	6(12%)	5(10%)	5(10%)
Palidez.	1(2%)	1(2%)	1(2%)	1(2%)
Rubor.	29(58%)	29(58%)	34(68%)	28(56%)
Sudoración.	9(18%)	10(20%)	20(40%)	17(34%)
Temblor.	12(24%)	10(20%)	17(34%)	12(24%)
Tem.Morboso.	1(2%)	5(10%)	7(14%)	4(8%)
Llanto.	1(2%)	3(6%)	6(12%)	1(2%)
Nauseas y Vómitos.	1(2%)	1(2%)	1(2%)	1(2%)
Rigidez muscular.	26(52%)	41(82%)	44(88%)	25(50%)
Malestar.	4(8%)	6(12%)	7(14%)	2(4%)

IV.- Signos y Síntomas.

La acción del stress evidentemente produce cambios funcionales y psicológicos manifestándose en formas

de signos y síntomas; el estado de violencia y de tensión a que está sometido el individuo sumando a esta condición el estado emocional del mismo, va a ser traducido en temblor, sudoración, temor morboso...que lo analizaremos adelante. Se conoce que la risa, el llanto y las tensiones musculares, se pueden manifestar como síntomas de conversión histérica; este tipo de reacciones no hemos observado en los adolescentes o si han existido hemos desconocido o mejor no reconocido por limitaciones propias del trabajo.

27.- RISA NERVIOSA.

La mayoría de los adolescentes 11(22%) manifiestan risa nerviosa en la situación de expectativa; 6(12%) adolescentes manifiestan en la situación inminente stress y 5(10%) en las situaciones de stress intervención y post stress respectivamente. Los adolescentes que manifiestan la risa inmotivada da clara evidencia de una sobrecompensación a la situación amedrantante de cuyos efectos el adolescente trata de sobreponerse. La risa en sí representa en la gran mayoría de casos una compleja integración de placer y displacer con diversas tendencias y matices afectivos en actitudes difícilmente analizables, donde suele ocultarse cierto embarazo, cierta incertidumbre o contra-

dicción.

La excesiva risa es también un signo claro de que el individuo no está muy bien (si es inmotivada); el odontólogo, sin perder el buen humor, deberá de hacer calmar al paciente sobre todo para que le escuche lo que le va a decir sobre el procedimiento a seguir pues, muchas personas por el estado nervioso en que se encuentran se rien y no escuchan.

28.- PALIDEZ.

La mayoría de los adolescentes manifiestan - 1(2%) palidez en las situaciones de expectativa, inminente stress, stress intervención y post stress respectivamente.

La palidez en una persona puede deberse a causa de el temor, una lipotimia o síncope, siendo estos últimos casos situaciones mas graves. Las manifestaciones de las emociones siguen un ciclo antes de manifestarse, las emociones como el susto, el miedo, tienden a producir palidez y está determinado por la cantidad de adrenalina que hay en esos momentos en sangre que produce una vaso contricción periférica (y que como sabemos es uno de los agentes del stress) y que en el caso de la lipotimi

mia y shock la producción de adrenalina ha subido a niveles altos en sangre. Pero, esto lo comanda el sistema nervioso; así ante un peligro o stress los exteroceptores perciben produciendo por medio del sistema miostático la mímica del temor, y el sistema neurovegetativo produce la aceleración del pulso, la palidez de la cara, la sequedad de la boca, el sudor frío, etc; más estos signos y síntomas no se expresan separadamente sino en una conjunción que da la caracterización del síndrome general de adaptación y por consiguiente el desajuste psicológico correspondiente como son los síntomas histéricos, temor morboso, etc.

Si el individuo, cae en uno de esos trances difíciles es conveniente primero actuar con técnicas manuales, como la posición de Trendelenburg, controlar las funciones vitales, los cambios en la frecuencia y en el ritmo cardíaco, en la presión arterial y en la presión diferencial, el aumento de la frecuencia respiratoria, o la aparición de una respiración superficial o de palidez, son signos de alerta que pueden orientar hacia un shock en evolución. (McCarthy 1971). El uso de drogas debe ser limitado en este caso al grado de emergencia. Es conveniente tener al alcance Dexametasona (Decadrón) 4-20 mg, o

hidrocortisona 100-200mg para aplicarlos por vía intramuscular o endovenosa en casos de alergia que produzcan shock anafilactico. Para prevenir de posibles complicaciones es recomendable, realizar un buen examen e historia clínica.

29.- RUBOR.

La mayoría de las personas 34(68%) manifestaron rubor en la situación de stress intervención; 29(58%) adolescentes manifestaron rubor en las situaciones de expectativa y de inminente stress respectivamente, y; 28(56%) adolescentes en la situación de post stress. La vasodilatación involuntaria expresada por el enrojecimiento periférico de la piel, cutis, orejas, cuello, es frecuentemente índice de azoramiento o vergüenza; en algunos casos, el rubor acompañado de sofoco se relaciona con la ira. Al describir, en un título anterior sobre alergia, una de las manifestaciones propias, es la rubicundez de la piel, que puede estar acompañado con prurito y probable relación con droga administrada (podría ser el caso de la solución anestésica); en este caso, primero debería diferenciarse entre el síntoma como actitud y el signo de alergia, para luego proceder a controlar dicha anomalía .

30.- SUDORACION.

La mayoría de los adolescentes 20(40%) manifestaron sudoración en la situación de stress intervención; 17(34%) adolescentes manifestaron sudoración en la situación de posts stress; 10(20%) adolescentes manifestaron en la situación de inminente stress, y; 9(18%) en la situación de expectativa. En el análisis anterior que hicimos, con el estado anímico afectivo de inadaptación y la sudoración salieron válidas las hipótesis de trabajo en relación de asociación en las situaciones inminente stress y stress intervención. Vale decir que a la vez es un signo de la inadaptación y un signo propio del stress por estar alteradas las funciones orgánicas del individuo. La sudoración expresa la tensión muscular, fisiológica, que también se relacionan con otras reacciones como el temblor, etc.; la sudoración puede deberse igualmente a una disfunción neurovegetativa o a un estado angustioso o ansioso, propio del adolescente que vive el momento del stress exodóntico.

Este signo debe disminuir, al aplicar la técnica de relajación para disminuir las tensiones y causas físicas que provocan dicho signo.

35.- TEMBLOR.

La gran mayoría de adolescentes presentan 17(34%) temblor en la situación de stress intervención; 12(24%) a adolescentes manifiestan temblor en las situaciones de expectativa y post stress respectivamente, y; 10(20%) en la situación de inminente stress. El temblor en las manos y pies se debe a la inadaptación y la situación de tensión como estados anímicos del adolescente. El miedo, la excitación producidos por el stress, provocan la falta de control de los musculos voluntarios dando por resultado el temblor; personas nerviosas o muy emotivas están predispuestas a manifestar este signo. El Yo al no poder controlar puede caer en conflicto y producir angustia. El temblor también puede ser debido a un estímulo o excitación a los receptores que los transmiten por las fibras sensitivas al centro nervioso correspondiente del cual salen fibras motoras en cuyas terminaciones en el musculo se traducirá en temblor u otra acción específica como el sudor.

En personas muy aprehensivas o faltos de confianza pueden manifestar tales signos; el odontólogo al ver que el paciente está predispuesto a estas reacciones tratará de poner un clima de confianza y tranquilidad pa

ra disminuir dichos signos.

32.- TEMOR MORBOSO.

La gran mayoría de adolescentes 7(14%) de adolescentes manifiestan temor morboso en la situación de stress intervención; 5(10%) manifiestan temor morboso en la situación inminente stress; 4(8%) en la situación de post stress y; 1(2%) en la situación de expectativa.

La forma como se manifiesta el temor morboso - es característico de las reacciones neuróticas. Los traumas pasados por procedimientos mal ejercidos con los niños por el odontólogo, mas tarde son causas psicógenas - de la neurosis de angustia; estas reacciones son producidos por transtornos del sistema nervioso para cuya explicación no se encuentra lesión alguna y es objetantemente infundado ya sea una neurosis real o ya de caracter psicógeno. Las neurosis obsesivas con expresiones de ademanes convulsivos según la teoría psicoanalítica resultan de la agresión inconsciente en la organización sádico anal primitiva.

Las reacciones neuróticas del individuo ante procedimientos quirúrgicos - explica Ch. Hofling - se ba

san mas en las actitudes internas y sentimientos y personalidad que en los peligros de la operación y de la enfermedad. La verdad es que la situación quirúrgica agobiadora se amplifica considerablemente la predisposición de cada individuo hacia los transtornos neuróticos. Los transtornos neuróticos en el tratamiento quirúrgico dependen de:

- a) Del número de elementos que la experiencia amenacen a las defensas psicológicas.
- b) De la cantidad de adaptación del individuo que llega a desequilibrarse.
- c) Del caudal de carga psicológica que resulta específica para excitar algún conflicto inconsciente preexistente; y
- d) De la proporción en que la reacción a la experiencia quirúrgica sea la ansiedad más que el miedo.

En estas circunstancias el tratamiento se hace difícil y la falta de colaboración del paciente aumenta la dificultad, en algunos casos persuadir será lo correcto, pero en otros la premedicación se impone para luego en una 2ª sesión realizar el tratamiento.

La premedicación es útil en procedimientos quirúrgicos largos y en pacientes con problemas de ansiedad

o angustia, deben de caracterizarse por reducir al mínimo las secreciones del aparato respiratorio y además potenciar la anestesia primaria (local). Se puede recurrir a la sedación en pacientes ansiosos y tensos, las drogas empleadas son las del tipo hipnóticas y narcóticas. Los ataraxicos actúan principalmente sobre las estructuras subcorticales relacionadas con el control de las emociones. Estas drogas deprimen el sistema nervioso central.

Pentobarbital (Nembutal) hipnótico que produce sedación buena, analgesia pobre y depresión respiratorio esta droga es de acción rápida cuyos efectos duran entre 3-6 horas; su efecto se hace sentir entre los 30'-45' después de administrarla por vía bucal o rectal. En dosis moderadas el pentobarbital alivia el nerviosismo y el desasosiego; en dosis mayores manifiesta un efecto hipnótico; se recomienda que el paciente venga acompañado al consultorio y necesidad de una supervigilancia constante. La dosis hipnótica del pentobarbital es 100-200 mg.; en caso de una depresión respiratoria o de un síncope el odontólogo podrá salvar la situación con un simple aparato de oxigenoterapia.

Meperidina (Demerol) Clorhidrato. La Meperidina se caracteriza por combinar las propiedad de la morfina

na y de la codeína. Es un analgésico preparatorio, espasmolítico y sedante. Su sedación es regular, la analgesia buena, de reacciones desfavorables como náuseas y vómitos, depresión respiratoria, rubor (agitación). Debe administrarse por vía bucal o muscular, es propenso a crear hábito; está contraindicado en la hepatitis. Es un medicamento de elección para el paciente tenso que coopera, para el que tiene cardiopatía congénita en el cual es conveniente aliviar la angustia, en el aprensivo y en pacientes física y mentalmente disminuidos.

Prometazina (Fenergan). Es una droga ataraxica. Esta droga tiene propiedades antihistámicas y antieméticas; no produce fenómenos de hipotensión franca durante la anestesia cuando se halla asociada a narcóticos o hipnóticos modifica los efectos de éstos. La sedación es regular, la analgesia pobre, reacción desfavorable hipotensión.

33.- LLANTO.

La mayoría de los adolescentes 6(12%) manifestaron llanto en la situación de stress intervención; 3 (6%) de adolescentes manifestaron en la situación inminente stress; 1(22%) adolescentes manifestaron en las situa-

ciones de expectativa y post stress respectivamente. El llanto como la risa son las formas más comunes de expresión en las emociones. El llanto como la risa tienen dos funciones, una la de expresión y la otra de descarga; por ésta última constituye verdadera válvula de escape a la tensión emocional producida por el stress; el llanto representa a la exteriorización de lo interno subjetivo, frecuentemente precedido por el sentimiento de tensión interna, de opresión muy penosa que sólo se apacigua con lágrimas. La exodoncia como situación de stress por las múltiples causas dolorosas, de origen físico y psíquico da por resultados tensiones internas en el cual el único desfogue es el llanto. Kant considera al llanto como una precaución de la naturaleza en favor de la salud. Las causas que en los adolescentes manifiestan llanto es debido a las manipulaciones del odontólogo al hacer la extracción, en algunos casos es la aplicación del anestésico o jóvenes muy nerviosos, antes del procedimiento lloran creyendo que les va a causar daño o dolor, esto se vió sobre todo en mujeres.

Eliminar todo elemento que signifique opresión o cause dolor, es recomendable antes de aplicar la solución anestésica; el empleo de pastas anestésicas para dis

minuir el dolor y además la cantidad de solución anestésica sea en lo posible suficiente dos o mas cartuchos anestésicos y además la aplicación de la anestesia sea correcta.

34.- VOMITOS Y NAUSEAS.

El mayor número de personas 1(2%) manifiestan nauseas y vómitos en cada una de las cuatro situaciones de stress.

La causa de este tipo de signo en muchas ocasiones es debido a estimulaciones en la zona del reflejo nauseoso cuando se colocan la solución anestésica en zonas de terceros molares superiores. La sensación nauseosa es acompañada de cesación de las contracciones gástricas. El vómito precedido o nó de nauseas incluye una estrecha coordinación de movimientos viscerales y somáticos, esta actividad está desencadenada por el centro del vómito situado en el suelo del IV ventrículo estimulado por factores químicos, humorales, reflejos nerviosos o psíquicos.

Es necesario advertir a los pacientes cuando vayan a ser intervenidos en lo posible, sin tomar muchos

alimentos en mejor en ayunas y tratarlos en las mañanas para evitar de esta manera futuras complicaciones de vómitos durante el procedimiento quirúrgico, la causa de vómitos y nauseas es psíquica por la tensión nerviosa, - disminuyendo o evitando la tensión puede probablemente - disminuir este signo.

35.- RIGIDEZ MUSCULAR.

La mayoría de los adolescentes manifiestan 44 (88%) rigidez muscular en la situación de stress intervención; 41(82%) manifiestan rigidez muscular en la situación de inminente stress; 26(52%) manifiestan en la situación de expectativa, y; 25(50%) en la situación de post stress.

La rigidez muscular es la expresión fisiológica de la tensión que su máxima manifestación se encuentre en la situación de stress intervención; esta manifestación es contraria a la relajación, elevan los umbrales del dolor y predisponen a otras actitudes dando por resultado un cansancio producido por un esfuerzo inútil. La rigidez expresada en los músculos de la cara, miembros superiores e inferiores también dificultan las manipulaciones operacionales del odontólogo; estas tensiones de-

ben de desaparecer en nuestro paciente, en muchos adolescentes se empleó la técnica de la relajación en el sillón dental y fué de muy buenos resultados ya que ellos lentamente hacían conscientes sus músculos tensos para relajarlos, de esta manera el tratamiento se realizaba con mayor facilidad y por que el paciente adolescente de esta forma colaboraba. En ciertos casos es necesario el uso de premedicación como relajante tipo Diazepan por vía intramuscular a la dosis de 10 mg. una o dos horas antes de la intervención, teniendo cuidado en las contraindicaciones. Hay un tipo de rigidez muscular que se dá en personas adolescentes disminuídos física y mentalmente debido a una lesión del ganglio basal causando el endurecimiento muscular al intentar movimientos, que no es el caso que referimos. En pacientes que pueden manifestar convulsiones así como el petit mal o espasmos, el Diazepan será útil como coadyuvante de estos estados.

36.- MALESTAR.

La mayoría de las personas 7(14%) manifiestan malestar en la situación de stress intervención; 6 (12%) de adolescentes manifiestan malestar en la situación de inminente stress; 4 (8%) en la situación de expectativa,

y; 2(4%) en la situación de post stress.

El malestar es el dolor que sufre los adolescentes en el stress exodóntico, las quejas y molestias - que manifiestan son en el momento de aplicación del anestésico y de la extracción dentaria, este dolor en muchas ocasiones es a los instrumentales; mas el otro motivo del dolor es la caries dental a causa de la inflamación de la pulpa. El malestar está acompañado por el fastidio, - fastidio que es también de la espera por largas horas para ser atendidos.

El dolor como signo típico del malestar es difinido como comportamiento y reacciones específicas en respuesta a excitaciones o situaciones desagradables y peligrosas, las reacciones dolorosas es el automatismo que depende del hipotálamo, secundariamente la repercusión produce en el cerebro la sensación de dolor. El dolor forma parte de los estados afectivos sensoriales, originado en una localización precisa.

La solución al problema del dolor, es primeramente saber cual es la causa que produce el malestar; para luego aplicar correctamente el procedimiento respectivo; en unos casos será una correcta anamnesis (siempre),

la aplicación tópica de una pasta anestésica, también ca lentar el anestésico, esto evita molestias post anestési cas.

CUADRO N° 39

V.- Actitudes en general.

I.- Situaciones de stress.

	I Situación de especta.	Situación in- minente stress	Stress in tervenc.	Post Stress
Indiferencia	7(14%)	6(12%)	5(10%)	11(22%)
Inseguridad	28(56%)	28(56%)	28(56%)	26(52%)
Dependencia	26(52%)	20(40%)	23(46%)	25(50%)
Gestos	14(28%)	20(40%)	23(46%)	8(16%)
Agresión	0(0%)	0(0%)	2(4%)	0(0%)
Introversión	31(62%)	idem	idem	idem
Extroversión	19(38%)	idem	idem	idem

37.- INDIFERENCIA.

11(22%) La mayoría de los adolescentes manifiestan indiferencia en la situación de post stress; 7(14%) en la situación de expectativa; 6(12%) en la situación inminente stress, y; 5(10%) en la situación de stress intervención. Al análisis de esta actitud, observamos que, los adolescen-

tes en la situación más stressante la frecuencia disminuye, esto quiere decir que en dicha situación existen menos adolescentes indiferentes ante la exodoncia . La indiferencia está manifestada por la apatía, el desgano y ciertos abandono de lo que pasa alrededor de la persona; frecuentemente no manifiestan colaboración con el terapeuta. La indiferencia tiene su lado positivo cuando se refiere al dolor porque será mínimo el estímulo que percibirá, más no es así cuando se refiere a la colaboración pues en este caso no tiene interés para colaborar con el procedimiento que realiza el odontólogo. En muchos casos la buena explicación y demostración del procedimiento, la educación, sobre las necesidades de salud y su respectiva solución, será motivo suficiente para que el paciente actúe con más interés en los asuntos de su salud bucal; ayudará al diálogo con el paciente las proyecciones de diapositivas sobre soluciones de casos similares.

38.- INSEGURIDAD.

La gran mayoría de adolescentes 28(56%) manifiestan inseguridad en las situaciones de expectativa, inminente stress y stress intervención respectivamente, y; 26(52%) en la situación de post stress.

Anteriormente hemos analizado la relación de asociación que existía entre la ansiedad con la inseguridad y dieron válidas para las situaciones de expectativa y de post stress. La ansiedad y la inseguridad entonces van acompañados, de esta manera una extracción puede producir ansiedades acompañado por miedo a la eliminación de un diente, dado por la inseguridad. Este sentimiento se relacionará inconscientemente con la eliminación de una parte de su organismo con la castración; en las mujeres la ansiedad relacionada con la inseguridad, esto puede deberse a que una extracción dentaria disminuya los atractivos estéticos. Las manifestaciones de inseguridad que han presentado los adolescentes observados se expresaron cogiéndose fuertemente de los lados del sillón dental, o tomando el brazo del operador para sentirse más segura. También las situaciones traumáticas pasadas concionarán a la inseguridad, de esta manera las situaciones dentales mal llevadas quedarán fijados en el inconsciente del individuo.

El odontólogo debe de evitar estas reacciones de parte de todo paciente, para ello es sugerible después de una extracción dentaria la correspondiente prótesis inmediata en caso de los varones; en cuanto a las demas idem.

Todo paciente necesita suficiente tiempo para habituarse a cualquier cambio en su boca, es decir los efectos que pueden ocasionar después de una extracción - simple o seriada, se debe predecir las dificultades que van a tener y los arreglos satisfactorios a que se puede llegar durante la historiación del paciente.

39.- DEPENDENCIA.

La mayoría de los adolescentes 26(52%) manifiestan dependencia en la situación de expectativa; 25(50%), manifiestan dependencia en la situación de post stress; 23(46%) en la situación de stress intervención, y; 20(40%) en la situación de inminente stress.

La dependencia es una actitud pasiva no colaboradora; ante esta manifestación, el Yo del adolescente - no maduro depende más de las reacciones del inconsciente es decir del Ello, éste se manifiesta fijandose en situaciones más gratificantes anteriores huyendo de las que - le causen frustración o le molesta o es desagradable. La exodoncia, es una situación desagradable, molesta y causante de frustraciones; el paciente prefiere sentirse protegido o cuidado por el profesional. Es así en muchas personas un cuidado dental despiertan conflictos inconscien-

tes olvidados. Estos conflictos comienzan en la primera infancia del paciente por una reacción de dependencia; esta misma regresión es la causante de que el paciente se ubique en situaciones pasadas y lo identifique al terapeuta o mejor a la figura del terapeuta como el padre o la madre, dando como consecuencia la dependencia por la imagen que el odontólogo representa.

El profesional ante problemas más agudos de dependencia u otra actitud de los pacientes deberá realizar la interconsulta con el profesional especializado en dichos problemas

40.- GESTOS.

La mayoría de los adolescentes 23(46%) manifestaron gestos en la situación de stress intervención; 20 (40%) en la situación de inminente stress; 14(28%) en la situación de expectativa, y; 8(16%) en la situación de post stress.

Los gestos manifestados en la situación de stress una vez más nos indica que la situación exodóntica tiene efectos sobre el comportamiento del adolescente. Las manipulaciones del operador, la tensión que sufren la mayoría

de los adolescentes provocan reacciones de diferentes maneras y diferentes tipos, los gestos se caracterizan por la expresión del malestar que sufren, el displacer, etc. estas reacciones de tics, ademanes, se manifiestan en - combinación con otras actitudes relacionadas, como el rechazo motor, las miradas, la inseguridad, la risa nerviosa, etc. Este ítem. debería de ser descrito en la primera variable de facies, pero como tiene relación con las actitudes de esta parte (actitudes en general) hemos convenido en ponerla aquí.

El odontólogo para evitar los múltiples gestos o manías que pueden ser controladas, debe de fomentar la tranquilidad y calma además las otras sugerencias dichas líneas arriba para que de esta manera controlar y hacer concientes al paciente de sus gestos que en más de una ocasión dificultaran la intervención quirúrgica.

41.- AGRESION.

La mayoría de los adolescente 2(4%) manifies-
tan agresión en la situación de stress intervención, y;
0(0%) en las situaciones de expectativa, inminente stress
y post stress. La única situación que los adolescentes manifiestan, la agresión se encuentra en la situación de -

stress, esta forma se expresa en amenazas y mordeduras en las manos del odontólogo; las reacciones agresivas del individuo están relacionadas con los conflictos psicológicos inconsciente que tuvo en la primera infancia en la etapa anal sádica retentiva, en la que se caracteriza por ser precisamente agresiva y se inicia el instinto de crueldad y aprensión en donde el niño goza al coger, agarrar o arañar a las personas que lo rodean. Esta manifestación se puede interpretar como una regresión a esta etapa psicosexual en el cual el odontólogo se presenta como la imagen de las personas que se encuentran más cercanas al niño, es decir identificando con sus padres.

El cuidado que tiene el odontólogo será de acuerdo a cada paciente o a su estado anímico afectivo en que se encuentre el adolescente, en muchas ocasiones, el mordisco se deba a una presión muscular estimulada por las manipulaciones del mismo odontólogo, pues en una sesión larga los músculos se hallan cansados y realizan una acción de cierre inconsciente. Mas la agresión hacia la persona del odontólogo debe tomarlo como un mecanismo de defensa psicológica tipo de desplazamiento de la imagen paterna hacia el terapeuta.

42.- INTROVERSION. 43.- EXTROVERSION.

La gran mayoría de los adolescentes manifiestan 31(62%) introversión durante las cuatro situaciones de stress, y; el 19(38%) de adolescentes manifestaron extroversión en cada una de las cuatro situaciones de stress.

La introversión se caracteriza por una falta de comunicación, una orientación hacia el mundo interior es decir una intensa vida subjetiva debido a la falta de interés por lo que le rodea; la extroversión se manifiesta en una actitud de la personalidad hacia la vida exterior hacia la vida social o fenómenos naturales externos, su comunicación es mas frecuente y el interés por las cosas del mundo externo serán también mayores que la actitud anterior. En las manifestaciones y expresiones de introversión y extraversión influyen en forma decisiva los tipos constitucionales de los individuos, así el cerebrotónico tendrá hacia la introversión con un desdoblamiento mental vertical; el somatotónico y viscerotónico tenderán hacia la extroversión, el primero con un desdoblamiento mental horizontal, y el segundo en forma de una comunicación fácil y pareja de sentimientos.

Los pacientes demasiado locuaces necesitan a ve

ces, que el odontólogo los ayude a retomar el hilo principal de la exposición, en cambio aquellos poco comunicativos necesitan que se les saque detalles adicionales. - Los extremadamente extrovertidos podrán omitir puntos importantes de la historia pensando que no tienen valor suficiente como para molestar con ellos al profesional, en otras palabras no quieren ser considerados como individuos de poca tolerancia al dolor. El odontólogo en los casos de introvertidos, hablará en forma amistosa buscando un clima de menor tensión para luego escuchar al paciente sus dolencias. El mejor procedimiento para obtener información necesaria para analizar la actitud del paciente es estableciendo un ambiente de comprensión e interés en el cual reducirá la tensión o resistencia del paciente para decir lo que piensa.

CUADRO N° 40

VI.- Actitudes ante el odontólogo.

I.- Situaciones de stress.

VI	I Situación de espectativa	Situación in- minente stress	Stress in- tervención	Post Stress
aceptación pasiva.	17(34%)	10(20%)	9(18%)	19(38%)
aceptación activa.	33(66%)	40(80%)	40(80%)	30(60%)
Rechazo verbal.	1(2%)	8(16%)	11(22%)	1(2%)
Rechazo motor.	0(0%)	6(12%)	6(12%)	2(4%)
Erotización	5(10%)	idem	idem	idem

VI.- ACTITUDES ANTE EL ODONTOLOGO.

44.- ACEPTACION PASIVA.

La mayoría de los adolescentes 19(38%) manifiestan aceptación pasiva en la situación de post stress; 17(34%) de adolescentes manifiestan aceptación pasiva en la situación de expectativa; el 10(20%) en la situación de inminente stress, y; 9(18%) en la situación de stress intervención.

El adolescente que expresa aceptación pasiva - no tiene interés, se deja llevar sin aportar de él una acción positiva; acepta el tratamiento más no interviene en su ejecución como colaborador; se observa más cuando termina el procedimiento quirúrgico, pues después de la exodoncia manifiesta desgano ni pregunta sobre futuros - cuidados bucales, esta actitud está ligada con la indiferencia, pues en esta última se presenta el desgano y abulia.

Esta forma de aceptación es como la falta de motivación por parte del odontólogo hacia el paciente; esta aceptación puede significar también a la confianza que deposita el adolescente en el profesional y si no se le motiva en que sea consciente para que participe activamente en los procedimientos odontológicos reaccionará en forma indiferente. Debe realizar una correcta educación dental antes de cualquier tratamiento a los pacientes, de esta forma el odontólogo evitará malos entendidos o actitudes negativas.

45.- ACEPTACION ACTIVA.

La mayoría de los adolescentes 40(80%) manifestaron aceptación activa en las situaciones de inminente

stress y stress intervención; 33(66%) en la situación de expectativa y; 30(60%) en la situación de post stress.

La aceptación activa, es la actitud de todo profesional aspira a que tengan sus pacientes; esta actitud, es positiva y colaboradora con los procedimientos dentales. En los adolescentes observados se vió que era alto su frecuencia que manifestaban dicha actitud. El interés que toman en su tratamiento y el deseo de ser tratados bien, están relacionados con la aceptación activa; la misma edad de estos jóvenes hace posible dicha colaboración, aunque no por esta razón dejan de presentar otros signos que se estudiaron líneas antes.

46.- RECHAZO VERBAL.-

La mayoría de los adolescentes 11(22%) manifiestan rechazo verbal en la situación de stress intervención 8(16%) manifiestan rechazo verbal en la situación de inminente stress; 1(2%) en las situaciones de expectativa y post stress. Las manifestaciones de rechazo verbal se hacen mas notorias por el número de adolescentes que lo manifiestan en la situación de stress intervención; los quejidos, los gritos y las palabras "déjenme como está, no quiero que me sigan tratando" expresan el rechazo por las

manipulaciones, haciendo eco de su malestar y dolor, en cierta forma están disconformes con el tratamiento llevado. Muchos adolescentes en su vocabulario se escuchan palabras relacionadas con el dolor cuando se opina sobre los dentistas o cualquier tratamiento dental, en algunos casos será motivo para su rechazo inconsciente basado en estados dolorosos.

El odontólogo con una buena educación realizada antes de cualquier tratamiento a todo paciente nuevo y un procedimiento en donde se evite el causar dolor en las manipulaciones al paciente, se prevendrá con posibles reacciones futuras del tipo rechazante, sobre todo en lo que respecta a la exodoncia. No hay drogas para que el adolescente no rechaze, solo existe una buena preparación mental y educativa antes de todo acto quirúrgico, esto es posible en personas normales.

47.- RECHAZO MOTOR.

La mayoría de los adolescentes 6(12%) manifiestan rechazo motor en las situaciones de inminente stress y stress intervención; 2(4%) en la situación de poststress; 0(0%) en la situación de expectativa.

El rechazo motor se manifiesta con la agitación de las manos, el pataleo, las diferentes formas de resis-

tencia para impedir al operador realizar el tratamiento alejar las manos que tienen la carpule o forceps, los es esfuerzos físicos para deshacerse de toda situación desa - gradable. En esta expresión existe o se manifiesta el - Ello dominando al Yo que no se puede controlar, el yò es tá inmaduro para resistir las realidades que le imponen la situación de stress.

El problema de comportamiento en los adolescentes con frecuentes también pueden ser uno de los causales de uno de los dos tipos de rechazos.

En otros casos el rechazo ante el odontólogo procederá desde el inconsciente infantil que en una etapa anterior representa a la autoridad, en aquellos adolescentes con cierto rechazo a sus padres, por transferencia o identificación rechazarán también al odontólogo , este proceso tiene una base inconsciente.

En circunatancias como la situación de stress intervención, no se pueden o si se pueden realizar las catarsis es relativo, pues, en dichos e tados el odontólogo está concentrado en la operación, lo que se aconseja, es disminuir la mínimo los traumatismos físicos y psíquicos; en pacientes que antes de dicha situación, es

decir en personas que ya vienen con la actitud rechazante, nos permite antes del acto quirúrgico hacer una empatía, quiere decir ubicarnos figuradamente en lugar del paciente, esto, será ventajoso, pues, el adolescente intuirá que se es interesante con él, y favorecerá al buen término su tratamiento.

48.- EROTIZACION.

La mayoría de personas que manifiestan 5(10%) erotización se hallan en las situaciones de expectativa, inminente stress, stress intervención y post stress. Todas las personas son mujeres. Se manifiesta la erotización mediante coqueteos, miradas, tocamiento inconscientes, sonrisas con el operador. Desde que comienza el tratamiento se observa dicha actitud. La boca órgano especial por su significado psicoanalítico, es una zona erógena; las manipulaciones del odontólogo, pueden despertar conflictos inconscientes de sentido erótico, en el caso de las adolescentes, mediante la transferencia puede identificar al terapeuta como la persona gratificante que le hace revivir situaciones similares en la primera etapa (etapa oral).

La literatura refiere, que en las adolescentes y mujeres menopaúsicas, los sentimientos sexuales se ponen de manifiesto, al estímulos del tratamiento dental debido a la fantasía y ansiedad propios de estos grupos específicos.

El terapeuta, debe conocer los mecanismos psicológicos sobre todo inconscientes, para controlar a tiempo las reacciones de los pacientes, manifestados en los procedimientos dentales, el saber, que una persona por su condición de paciente puede regresionar y manifestarse en muchas formas de comportamiento. También es necesario que la asistente dental esté siempre en el gabinete dental, en los momentos de realizar tratamientos dentales o exodoncias con anestesia general, en estos casos se recomienda que se encuentre un familiar presente, y de esta forma se evitará múltiples problemas.

CUADRO N° 41

vii.- Actitudes del odontólogo.

i .- Situaciones de stress.

vii	i Situación de expectativa	Situación in- minente stress	Stress in- tervención	Post Stress
Persuación	20(40%)	27(54%)	29(58%)	26(52%)
Interés	19(38%)	24(48%)	24(48%)	18(36%)
Académico	2(4%)	2(4%)	1(2%)	4(8 %)

VII.- ACTITUDES DEL ODONTOLOGO.

Las actitudes del odontólogo son importantes su forma de actuar se manifestará a la vista de los pacientes, éstos verán como actúa el odontólogo, que cuidado tienen con él, la confianza que se tiene consigo mismo así como también la seguridad. Las actitudes positivas que se motive así mismo el odontólogo condicionará en el consultorio un clima de serenidad, confianza, tranquilidad claro está que con el tiempo y la práctica el profesional se va haciendo mas intuitivo con los pacientes conociendo mejor sus formas de expresión; más es necesario insistir en cuanto a la persuasión, el interés y a la mejor manera de comunicarse con los que llegan con una dolencia en

sus bocas, que con lo de arriba aplicado y un buen procedimiento empleado, serán los pacientes los que más agradecerán por los servicios prestados.

49.- PERSUACION.

En la mayoría de los adolescentes 29(58%), el odontólogo se manifestó con ellos persuasivo en la situación de stress intervención; 27(54%) en la situación de inminente stress; 26(52%) en la situación de post stress, y 20(40%) en la situación expectativa.

El odontólogo que manifiesta persuasión se presenta en el hecho de convencer al paciente mediante sugerencias eficaces recurriendo al intelecto o la emoción o a ambas a la vez, permitiendo de esta manera proseguir con el tratamiento. Muchos odontólogos realmente no persuaden, sino lo que hacen es decir términos que a la larga van a ser ineficaces, para los fines que se consigue: "la intervención no va a doler, va a ser rápido, ponganse tranquilo, no tiene por que preocuparse" son términos comunes usados por los odontólogos, que piensan así solucionar con las preocupaciones internas del paciente. La persuasión debe ser en el profesional un hábito diario - en las relaciones con nuestros pacientes, partiendo del

mutuo respeto, buenas maneras, honradéz ética, honestidad, ésto nos dará una capacidad de observación mas clara para observar mejor y comprender más a nuestro pacientes. La persuasión odontológica debe alcanzar la aceptación positiva y activa del paciente del mejor plan de tratamiento para el, educando previamente, para evitar y eliminar las falsas ideas prejuicios creados a traves del temor y de las malas fuentes de información. El buen clima o ambiente para la persuasión estará basado en una relación amistosa y relajante, amabilidad, el recordar siempre y llamarlo por su nombre al paciente, el decir algún cumplido y usar palabras relajantes.

Los aspectos de la persuasión dental dependerá de:

- a) Calidad de los servicios y habilidad técnica.
- b) Decoración de su oficina y su apariencia personal y de los empleados.
- c) Habilidad persuasiva dental, y
- d) Los honorarios decirlos con seguridad.

Recomendamos, que el profesional quien realice - cursos de relaciones humanas y oratoria, para de esta manera saber la manera diplomática y social de persuadir -

mejor. La lectura del libro de Dale Carnegie "Como ganar amigos e influir sobre las personas" es bastante elocuente y de buenos resultados practicos.

50. INTERES.

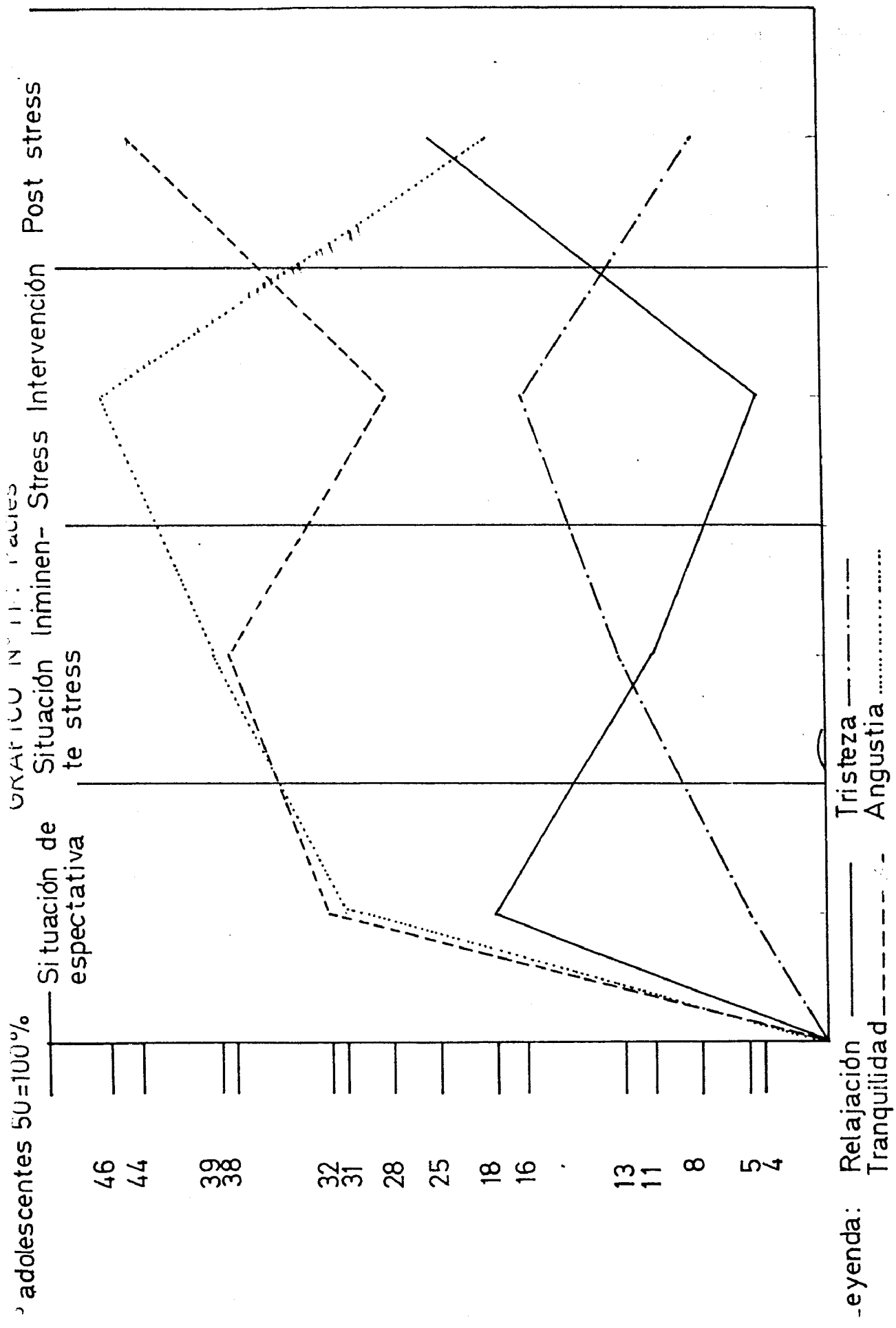
En la mayoría de los adolescentes 24(48%), el odontólogo presenta interés para con ellos en las situaciones de inminente stress y stress intervención; 19(38%) en la situación de expectativa, y; 18(36%) en la situación de post stress.

El interés expresado por el odontólogo, influye mucho en el paciente; el deseo de ser tomado en cuenta, la necesidad de ser importante y de ser tratado como persona, dan sus resultados en la colaboración del mismo paciente, manifestando más confianza y seguridad. El odontólogo debe recibir a todos galantemente y con cortesía, evitar extremos de mucha familiaridad como de gran reserva, utilizar las sugerencias y el razonamiento lógico en la presentación de un plan de tratamiento, interesarse genuinamente por el paciente, utilizar palabras positivas, adjetivos descriptivos, hacer participar al paciente y escucharlo atentamente.

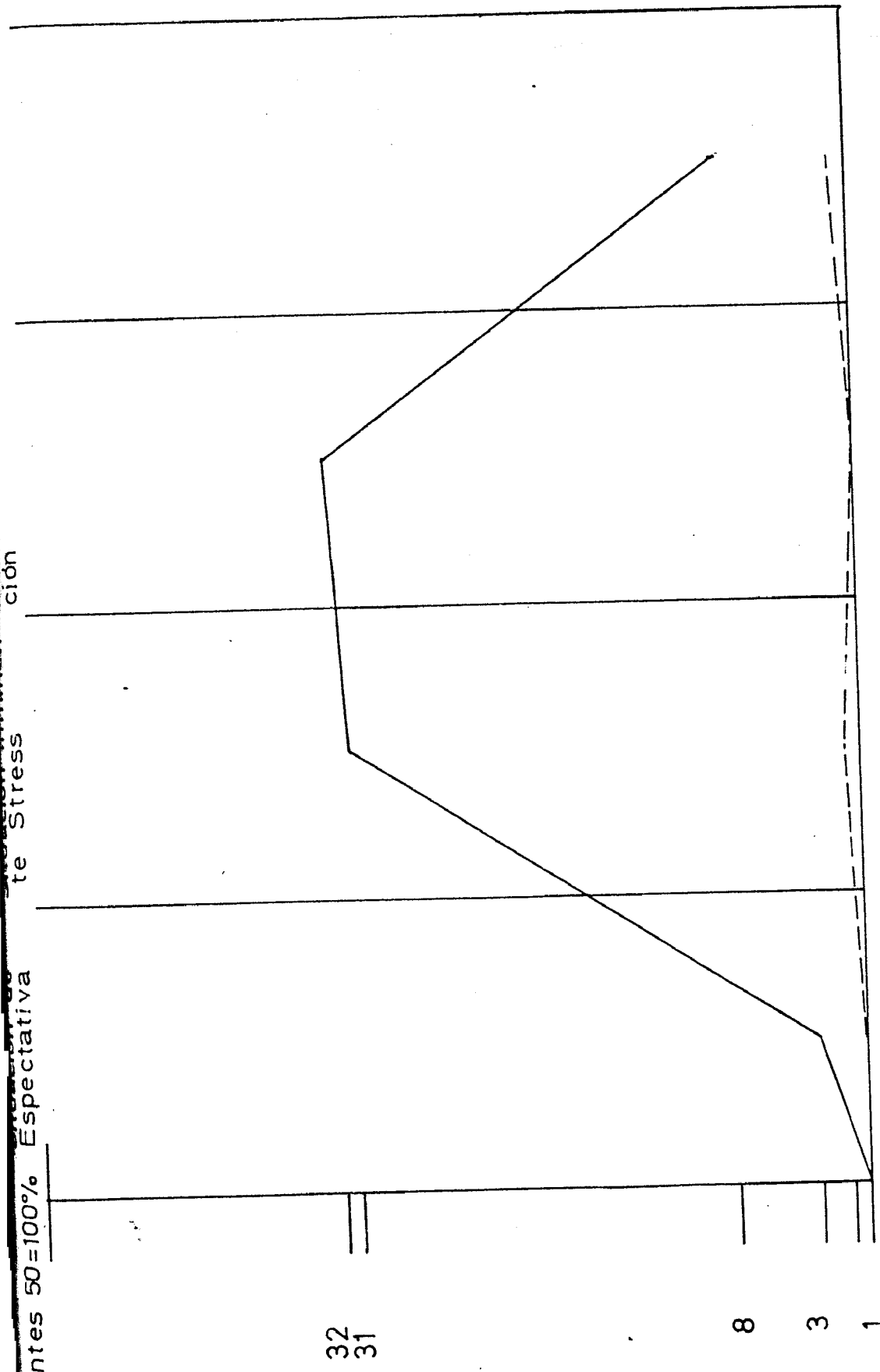
51.- ACADÉMICO.

En la mayoría de los adolescentes 4(8%) el odontólogo se presenta académico en la situación de post - stress; 2(4%) en las situaciones de expectativa y de inminente stress, y; 1(2%) en la situación de stress intervención.

El medio de comunicarse con las otras personas es fundamental para el mutuo entendimiento, es factor importante el usar palabras términos que se ajusten a lo usual por las palabras que asisten al consultorio dental variará el argot de una zona a otra y de una estructura socioeconómica a otra, esto debe ser tomado en cuenta por el profesional para la comunicación eficaz. La actitud académica que se señala es muy frecuente en los jóvenes - profesionales.

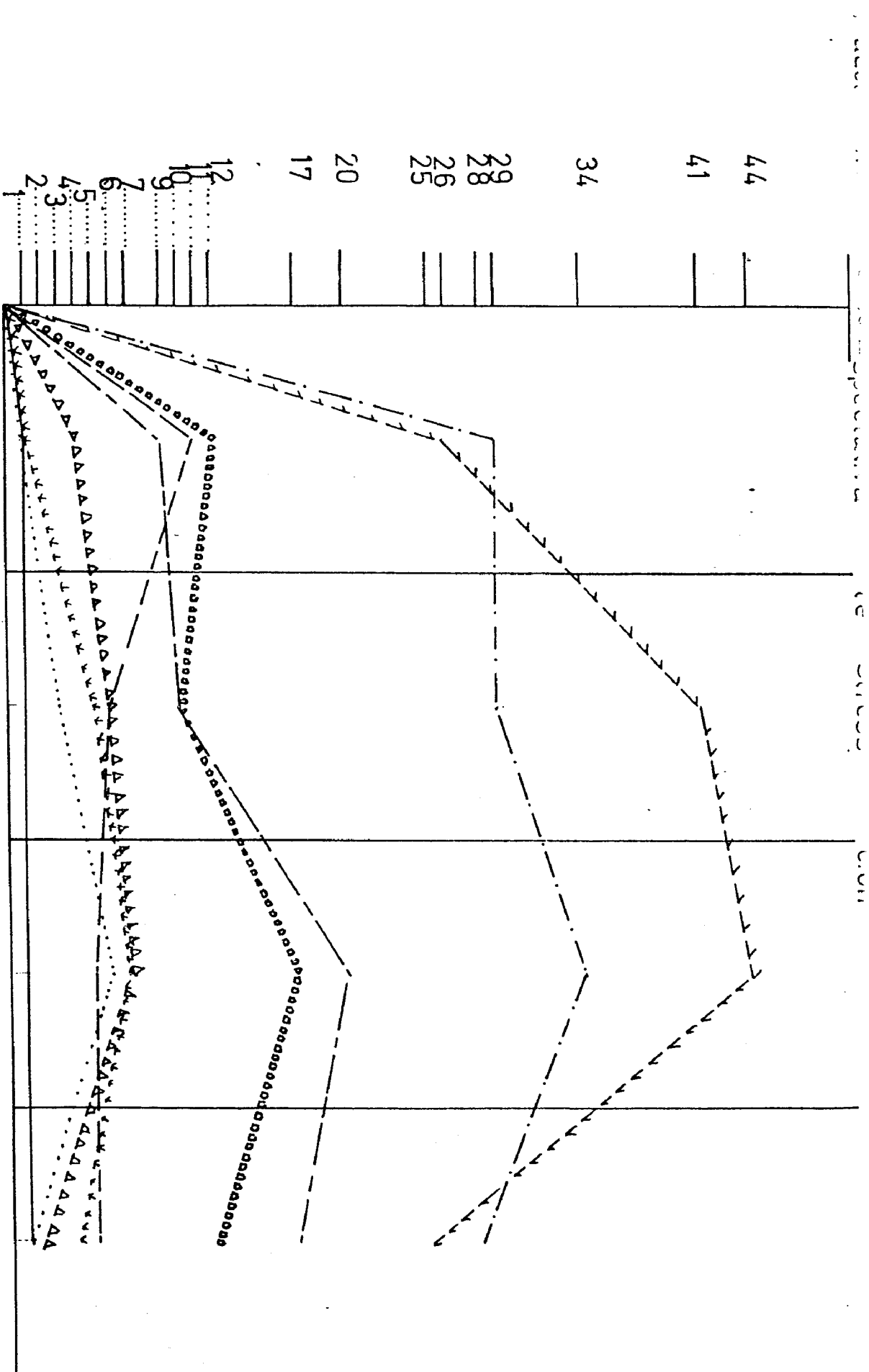


1.º adolescentes 50=100% Espectativa te Stress ción



eyenda: Mirada _____

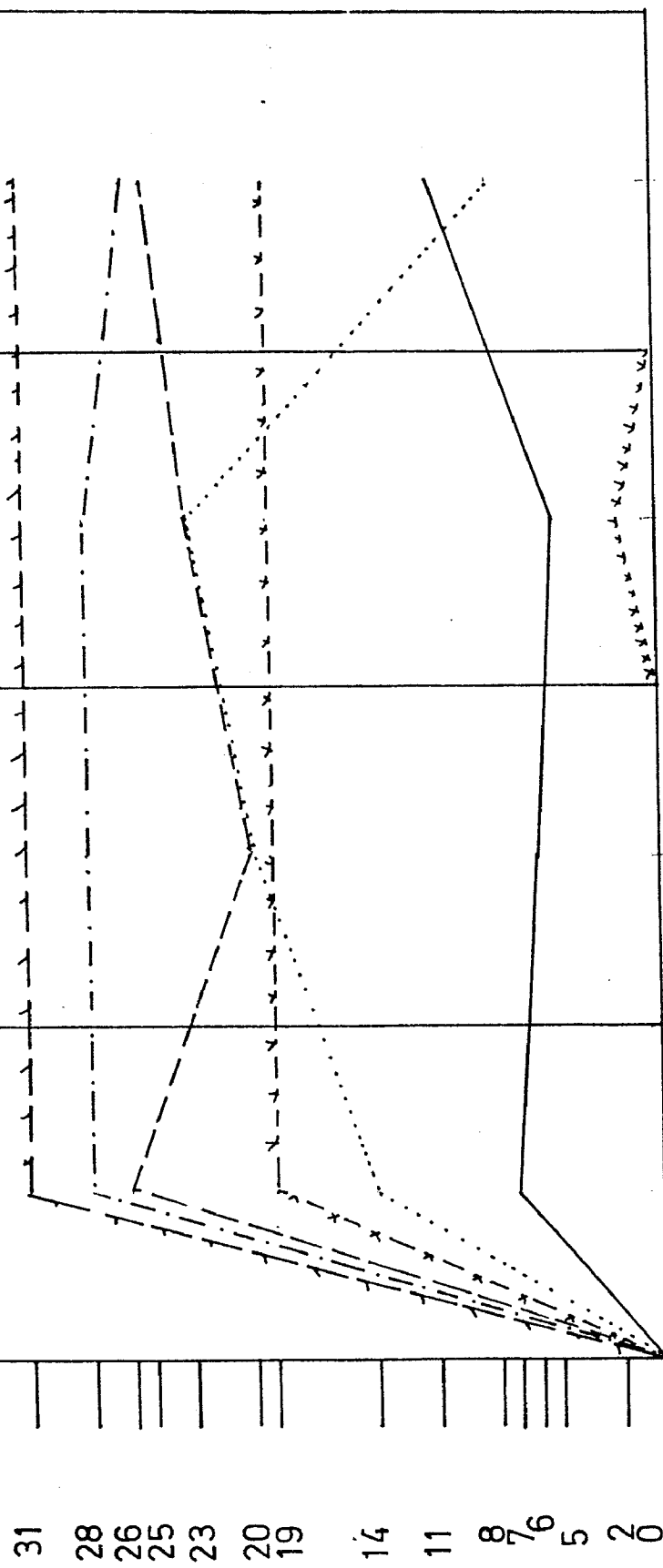
Neagación -----



LEYENDA

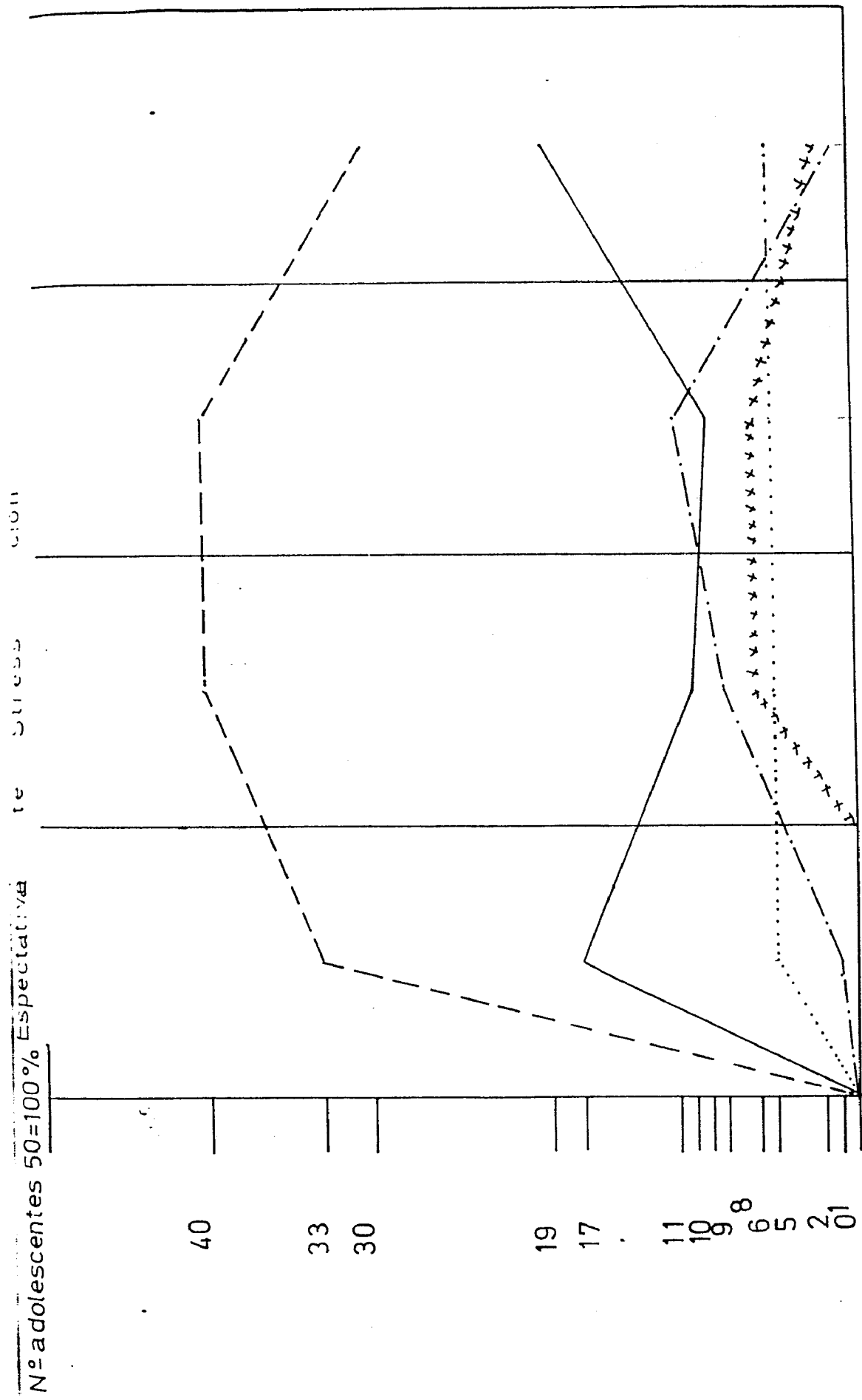
Risa nerviosa ——— Rubor ———— Temblor oooooooo Llanto Rigidez M. ————
 Palidez ———— Sudoración ———— Temor Mor. vvvvvvv Nauseas y V. ———— Malestar ▲▲▲▲▲

1.º adolesceste 50=100% Espectativa



LEYENDA

Indiferencia — Dependencia — Agresión x x x x x Extroversión — x — x — x — x
 Inseguridad — Gestos Introversión — — — — —



LEYENDA

Aceptación pasiva —

Aceptación activa ---

Rechazo verbal x x x x

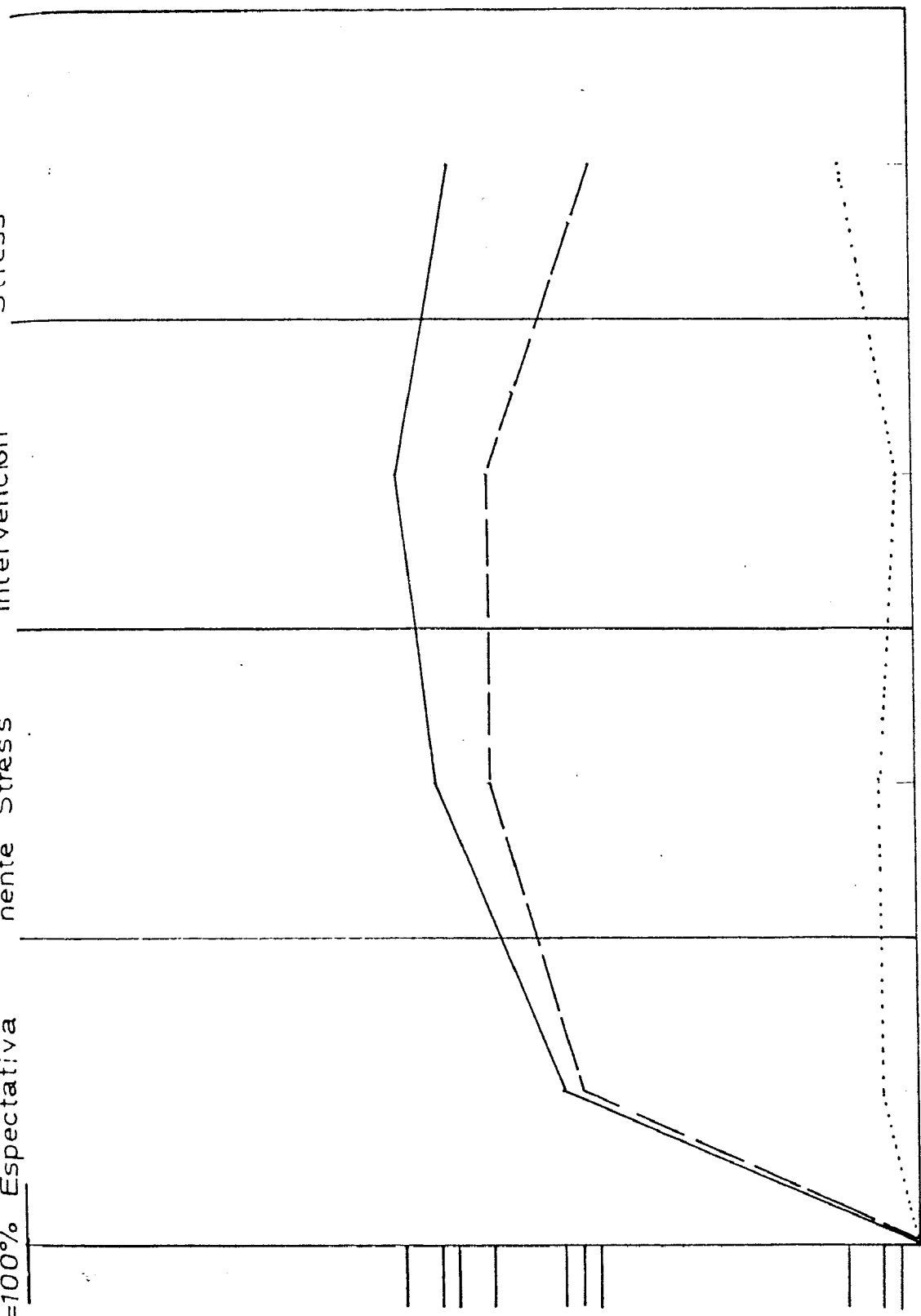
Rechazo motor x x x x

Erotización -.-.-

Nº adolescente-50=100% Espectativa Intervención Stress

29
27
26
24
20
18

4
2
1



V. ANALISIS POST-EXODONCIA: OPINION DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LA EXODONCIA.

En el siguiente análisis se planteará la hipótesis para determinar la razón, entre la situación de stress exodóntico con la opinión de los adolescentes sobre el procedimiento quirúrgico, el miedo, su bienestar y la odontología. Para esto se utilizarán el coeficiente de chicuadrado X^2 y la frecuencia y el porcentaje.

HIPOTESIS.

"LA OPINION DE LOS ADOLESCENTES INTERVENIDOS SOBRE LA EXODONCIA, SU PERSONA, LA ODONTOLOGIA, ESTA EN RAZON DIRECTA CON LA SITUACION STRESSANTE".

Subhipótesis N° 25: "Sí existe relación de asociación entre el procedimiento quirúrgico de la exodoncia con el miedo sentido por el adolescente".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación entre el procedimiento quirúrgico de la exodoncia con el miedo sentido por el adolescente.

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 2.36, con tres grados de libertad.

CUADRO N° 42

53.- ¿Cuál ha sido la mayor impresión que le ha producido en el momento de la exodoncia?

54.- ¿Durante el tratamiento, considera Ud. haber tenido miedo?

54	53 Anestesia		Instrum.		Exodonc.		S.D.		Total
	Cal.	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Obs.	
SI	17.28	19	5.76	4	3.2	4	5.76	5	32
NO	9.72	8	3.24	5	1.8	1	3.24	4	18

$$X = 2.77$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 2.77, con este valor es superior a 2.36, no cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula, que consecuentemente la rechazamos. Esto quiere decir que el procedimiento quirúrgico tiene relación de asociación con el miedo con grado de significancia del 0.50. El miedo a la exodoncia está bastante extendido entre todos los seres humanos, se acentúa más este miedo si ha quedado algún trauma en la niñez dando como resultados estados de angustia. La boca como zona oral erógena que en la primera infancia fué zona de placeres y gratificaciones se resiste a que le apliquen la inyección con

teniendo la solución anestésica. Para evitar o disminuir el miedo se suele usar con frecuencia sedantes o ataraxicos antes de cada acto quirúrgico.

Subhipótesis N° 26: "Sí existe relación de asociación entre el procedimiento quirúrgico de la exodoncia con el bienestar del paciente adolescente".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación entre el procedimiento quirúrgico con el bienestar del adolescente. La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor a 5.34, con seis grados de libertad.

CUADRO N° 43

52.- ¿Cómo se encuentra, cómo se siente?

53.- ¿Cuál ha sido la mayor impresión que le ha causado en el momento de la exodoncia?

52.	53 Anestesia		Instrument.		Exodoncia		S.D.		Tot.
	Cal.	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Obs.	
Bien	17.82	19	5.94	4	3.3	4	5.94	6	33
Regular	5.4	5	1.08	3	1.0	1	1.08	1	10
Mal	3.78	3	1.26	2	0.7	0	1.26	2	7

$$X = 3.74$$

Realizado el procedimiento estadístico, se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 3.74, como este valor es inferior al 5.34, cae en la zona de aceptación de la hipótesis nula, en consecuencia rechazamos la hipótesis de trabajo. Es decir que no existe relación de asociación entre el procedimiento quirúrgico con el bienestar del adolescente.

Subhipótesis N° 27: "Sí existe relación de asociación entre el sentimiento de quedar feo con el sentimiento de que se van a burlar de los adolescentes después de una extracción dentaria".

Hipótesis nula: No existe relación de asociación entre el sentimiento de quedar feo con el sentimiento de que se van a burlar de él.

La hipótesis nula será descartada en caso de que el valor de chi cuadrado sea igual o mayor de 1.38, con dos grados de libertad.

CUADRO N° 44

55.- ¿Crees que vas a quedar feo?.

56.- ¿Crees que se van a burlar de ti?.

56	SI		NO		SIN.		Total
	Cal.	Obs.	Cal.	Obs.	Cal.	Obs.	
SI	2.64	8	8.64	3	0.72	1	12
NO	8.36	3	27.36	33	2.28	2	38
TOTAL	11.00	11	36.00	36	3.00	3	50

$$X = 19.78$$

Realizadas las operaciones estadísticas, se ha obtenido un valor de chi cuadrado de 19.78, como este valor es superior a 1.38, no cae en la zona de la hipótesis nula que consecuentemente la descartamos. Quiere decir - que los aspectos de la estética y la aceptación de los demas están relacionados en los adolescentes después de la exodoncia. La estética que las piezas dentarias da a la persona, esta relacionada más con las piezas dentarias anteriores influye en el rendimiento escolar y la capacitación de sociabilidad iniciada por el joven adolescente. En la exodoncia, que se presenta o como situación de stress determinará la creencia que le va a producir la falta de

una pieza dentaria en el adolescente. Para prevenir esto es necesario insistir, en la concepción de una prótesis inmediata, si las piezas dentarias perdidas sobre todo son anteriores.

Subhipótesis N° 28: "La opinión del adolescente sobre el dentista, su tratamiento bucal, está en razón al stress exodóntico".

CUADRO N° 45

1.- Sexo del Informante.

57.- ¿Crees que el dentista ha sido insensible o le hizo daño?

5	57	Insensible f	Hizo daño f	S.D. f	Total N° %
Femenino		7	1	24	32 64%
Masculino		9	0	9	18 36%
TOTAL	N°	16 32	1 2	33 66	50 100%

En estos dos últimos cuadros, que los analizaremos porcentualmente, existe una gran mayoría que se abstiene de contestar, donde los clasificamos en lo sin dato.

En el cuadro N° 45, se observa que 16(32%) de adolescentes indican que el odontólogo fué insensible durante el tratamiento; 1(2%) indicó que hizo daño, y; en lo que respecta a los sin datos 33(66%).

Podríamos decir, que el adolescente ve al dentista la forma como lo ve es insensible, esta insensibilidad está basada en la falta de interés que tiene el odontólogo en sus pacientes, a esto se suman los factores propios de los hospitales, al atender grandes mayorías, no consideran a la persona como tal, sino al "número" o al "siguiente". Esto es propio del sistema en el cual vivimos. El daño que puede ocasionar el odontólogo está relacionado mas con la exageración en las manipulaciones con los forceps y aún mas cuando se trata de un caso difícil de extraer. El profesional debe tener siempre interés en los pacientes y considerar en cada paciente un caso particular como una totalidad psicofísica.

CUADRO N° 46

1 .- Sexo del informante.

58.- ¿Cómo te gustaría que te trataran tus dolencias dentales o bucales?.

1	58	Periodicamente	Cada vez que hay dolor	S.D.	Total
Femenino		10	11	21	32
Masculino		3	7	8	18
TOTAL	N° %	13 26	18 36	29 58	50 100

La mayoría 29(58%) de los adolescentes no contestan la pregunta; 13(26%) adolescentes le gustaría tratarse periódicamente, y; 18(36%) cada vez que hay dolor.

Comparando los dos últimos resultados, estos - adolescentes prefieren ser tratados más cada vez que tienen dolor que periódicamente. Dan a ver que existe una - falta de motivación en los adolescentes para su cuidado bucal, muchos de ellos piensan que ir al dentista es ir a que le saquen la muela, pero analizando un poco mas ésto se debe a una necesidad vital y de todo ser humano, el alejarse de situaciones que causan desequilibrios, stress y dolor dentales el paciente que se acerca al consultorio

dental periodicamente, tiene una actitud mas aceptante y colaboradora, piensa en su salud bucal y por consiguiente se confía en el profesional.

El odontólogo - insistimos - debe de enseñar a los pacientes el mejor modo de cuidar su salud, motivandolo para que acepte la revisión prriodicamente; en cuanto al dolor evitando todo lo que puede producir dolor durante la intervención eliminaremos temores infundados en nuestros pacientes, para que de esta manera sea agradable y sepa el paciente que es necesaria y útil la visita al consultorio dental.

CUADRO N° 47

1.- Sexo del Informante.

8.- Motivo de la consulta.

1	8	Curación de caries.	Dolor	Me saquen la muela	S.D.	Total
Femenino		7	9	4	12	32
Masculino		11	2	0	5	18
TOTAL	N°	18	11	4	17	50
	%	36	22	8	34	100

La mayoría 18(36%) de los adolescentes que se acercan al consultorio dental es por curación de caries; 17(34%) en lo que respecta a los sin dato; 11(22%) adolescentes vienen por dolor; y 4(7%) adolescentes vienen para que "me saquen la muela".

Los adolescentes que responden al motivo, curación de caries, son los enviados por la posta médica de Tupac Amaru, en el distrito de Independencia, por que necesitan tratamiento dental. Todos los adolescentes, estudiados al realizarles el examen clínico se llegó a los diagnósticos de: pulpitis crónica reagudizante, necrosis pulpar, remanentes radiculares, todas las piezas con mas de la mitad de la corona dentaria destruida por la caries esto, permitió realizar las exodoncias. Lo ideal sería hacerles tratamiento conservativo mediante la exodoncia, pero esto no es factible para todos los casos, pues resulta económicamente alto para los bolsillos de sus padres. El motivo duración de caries, nos aclara una vez mas, el hecho de que cuando la persona se preocupa por su salud bucal está ya en las últimas etapas de destrucción pulpar de la pieza que piensan está sana.

El otro motivo, el dolor es muy conocido por todos los odontólogos que es lo mas frecuente y que todos

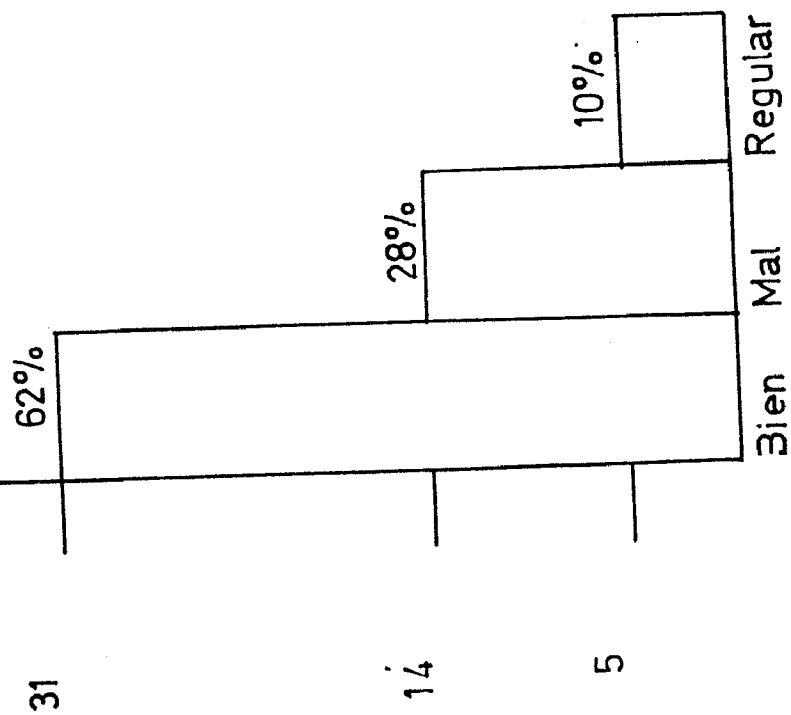
lo padecemos alguna vez en nuestra vida.

En el lenguaje popular ir al dentista es ir a que le sãquen la muela, concepto muy generalizado, que ha ce de la odontología sea una experiencia dolorosa y hasta que solo se la conozca por este concepto y por supuesto al odontólogo como saca muelas. Es debido esto a él, só lo realizar exodoncias en hospitales y demas centros de salud pública del país; también por otro lado está la falta de educación sanitaria a nivel de salud oral a toda la población del país, es decir plantear una política de salud oral a nivel nacional; problemas sin solución por el momento que el Colegio Odontológico juntamente con la Universidad y el Ministerio de Salud deben de preocuparse.

En lo que respecta al odontólogo de practica - privada debe de realizar lo mejor posible toda su labor profesional.

¿Cómo te sientes, encuentras?

1º adolescentes 50=100%



1º adolescente 50=100% ¿Cual ha sido la mayor impresión que le ha causado en el momento de la exodoncia?

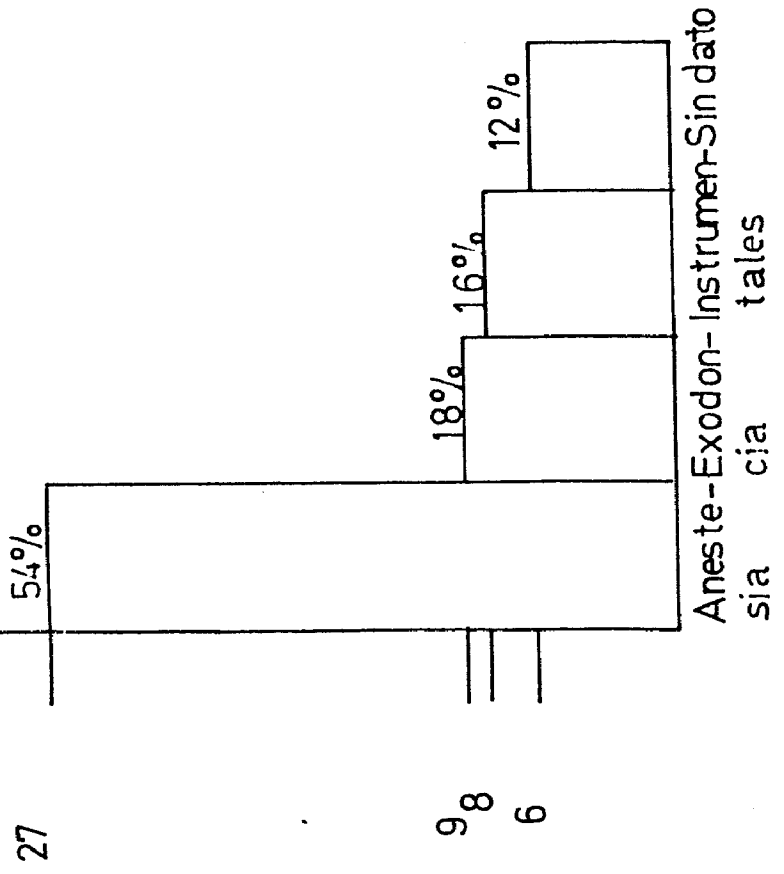
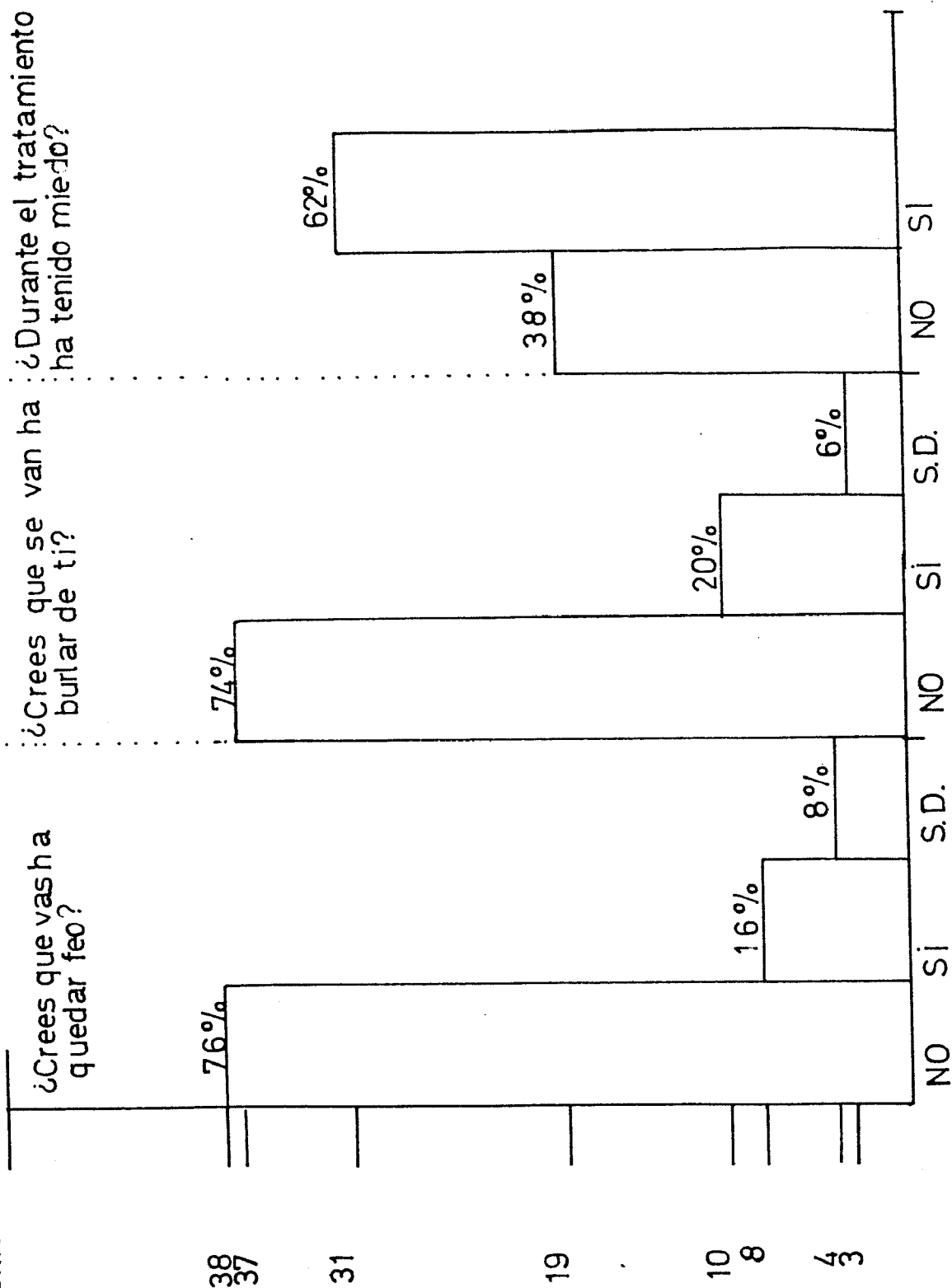


GRAFICO Nº 19

Nº adolescente 50 = 100 %



4º adolescente 50 = 100 %

¿Crees que el Dentista ha sido insensible o hizo daño?

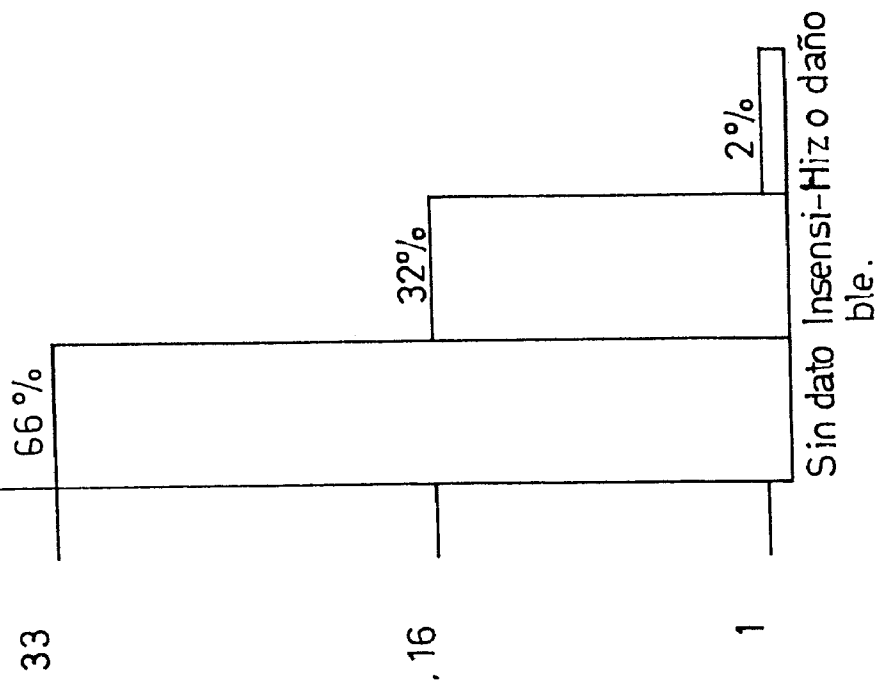
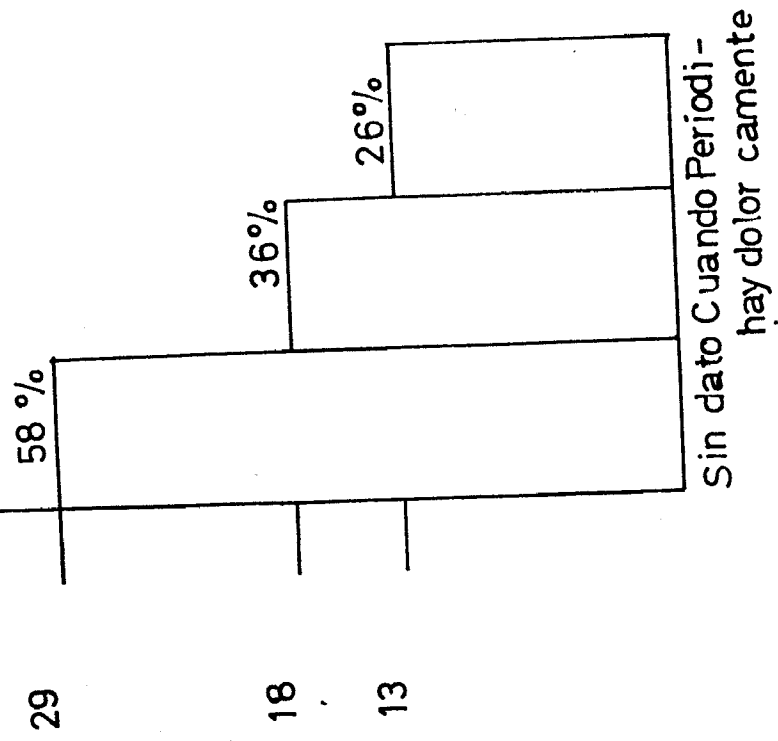


GRAFICO N° 21

° adolescente 50 = 100% ¿Cómo te gustaría que te trataran tus dolencias bucales?



CONCLUSIONES

- 1.- La exodoncia es el alarmógeno causante de la situación de stress, la cual somete al organismo a tensión, esto se demuestra cuando se observa las actitudes de la variable signos y síntomas.
- 2.- La exodoncia inicia la primera fase del síndrome general de adaptación llamada reacción de alarma, cuya primera etapa de shock produce desadaptación fisiológica y desajustes psicológicos.
- 3.- En esta situación de stress, especialmente en la situación de stress intervención, el centro de la base del cerebro, el hipotálamo se halla perturbado a causa del stress, esto se traduce en la ausencia de la homeostasis y del ajuste; luego al pasar a la situación de post stress, el organismo del adolescente se defiende dando como resultado la segunda etapa de la fase de alarma - llamada etapa de contra shock, situación en la cual el individuo recupera su ajuste lentamente, observado con la disminución de actitudes negativas.
- 4.- La sensación de miedo que el adolescente señala cuando le aplican la solución anestésica es corroborador a la

presencia de la situación de stress.

- 5.- En esta situación de stress, la estructura psíquica se desordena y el Yo deja su lugar de control al Ello, el Ello con todas sus características propias se va a manifestar (no conoce contradicción, no usa el lenguaje simbólico, obedece al placer). Estas características - se observan en las variables de: actitudes en general, (dependencia, inseguridad), actitudes ante el odontólogo (rechazo verbal, aceptación pasiva).
- 6.- Las diferentes actitudes expresadas por los adolescentes se manifiestan probablemente en forma inconsciente reaccionando constantemente con mecanismos de defensas psicológicas para poder adaptarse a la situación de stress (negación, risa inmotivada, rechazo verbal, agresión).
- 7.- Este grupo de adolescentes estudiados, pertenecen en su mayoría al distrito de Independencia (Norte de Lima) con un promedio de edad que oscila entre los 12 y 14 años, de una mayoría de sexo femenino, cuyo grado de escolaridad es más del 50% han cursado el 5° de primaria y cuya condición socioeconómica está entre clase media y baja. Estos adolescentes manifiestan diversas actitudes frente a la exodoncia como situación de stress.

Estas actitudes manifestas están determinadas por:

- a) Los estados anímicos efectivos del individuo, y
- b) La intensidad de las situaciones de stress.

- 8.-
- a) La inadecuación se manifiesta en la sudoración y el temblor. El individuo presenta desajustes frente al stress exodóntico.
 - b) Depresión se manifiesta en el temor morboso y la tristeza. El estado de insuficiencia, con un estado mental y actividad física disminuida se presentan durante la exodoncia.
 - c) Ansiedad, este estado anímico afectivo se manifiesta en la inseguridad y angustia mediante el miedo y un temor difuso.
 - d) Sensibilidad se manifiesta en la angustia, el adolescente siente dolor y expresa encogimiento del cuerpo.
 - e) Cólera se manifiesta en el rechazo verbal: los adolescentes coléricos debido a las emociones lábiles se irritan fácilmente, alzan la voz.
 - f) Tensión se manifiesta en el temblor y los gestos. La preocupación por el tratamiento exodóntico se expresa por gestos y temblor de labios y manos.

- 9.- Las situaciones de expectativa y de post stress se -
presentan actitudes positivas y actitudes negativas;
las primeras estan en menor proporción en las situa-
ciones de inminente stress y en la situación de stress
intervención; y las segundas, las actitudes negativas
se encuentran en mucho mayor proporción en estas dos
últimas situaciones inminente stress y stress inter-
vención.
- 10.- Existe una estrecha y significativa asociación de los
estados anímicos afectivos con las actitudes psicoló-
gicas, las primeras obtenidas mediante el I.M.C.M. an
tes de la exodoncia y las segundas obtenidas mediante
la ficha de observación durante la exodoncia.
- 11.- Es la situación de stress intervención, la de máxima
intensidad "stressante", comprobada por la acumula-
ción de actitudes negativas extremas.
- 12.- Las actitudes psicológicas negativas están en razón
inversa a las actitudes positivas en las situaciones
de stress exodóntico.
- 13.- Las actitudes observadas durante la exodoncia demues-
tra el estado de tensión de stress psicológico del -
adolescente.

R E C O M E N D A C I O N E S

- 1.- Las diversas manifestaciones, reacciones y actitudes del individuo adolescente deben ser comprendidas desde su unidad psicológica y sociocultural. Para esto es necesario conocer la realidad del individuo en quién se realiza tratamiento odontológico.
- 2.- Para prevenir y controlar actitudes negativas, de un paciente antes de ser intervenidos quirúrgicamente es necesario conocer su estado emocional. Para esto es necesario un test o cuestionario que se adapte a las necesidades y objetivos de la odontología; y éste sea utilizado por los estudiantes.
- 3.- Disminuir al mínimo todo tipo de tensiones en el individuo mediante la aplicación de la técnica de relajación combinada con respiraciones profundas, sugestión, musicoterapia, analgesia o premedicación, realizando un correcto bloqueo anestésico y las manipulaciones hacerlas en lo posible sólo las necesarias.
- 4.- Establecer una constante educación dental a todo paciente nuevo con el objeto de que tome conciencia de sus necesidades de salud oral motivandolo a que se ha

ga revisar dos veces por año, para no asistir a una nueva situación de stress.

- 5.- Dar una preparación académica a todo estudiante de - odontología en lo que respecta al manejo de psicoterapia superficial suficiente como para poder resolver cuestiones relacionadas con la psicología bucal y conocimiento elementales de técnica de las relaciones humanas.
- 6.- Estimular la investigación para que el estudiante esmerado e interesado explore y dé nuevas luces a nuestra ciencia odontológica en este microcosmos, que es el hombre, que cada día tiene nuevas interrogantes que responder.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- AGUERO Bravo Martín. "Estudio de las actitudes psicológicas de la madre y el niño frente a la exodoncia como situación de stress", Tesis (Br) Lima. U.N.M.S.M. - Agosto 1972. Programa Académico de Odontología.
- 2.- ALEXANDER Franz. "Medicina Psicosomática", editorial Cultura S.A. La Habana, Cuba 1954. Traducido por Dr. Bustamante Angel.
- 3.- ALEXANDER Franz. y Colas "Psicoterapia Dinámica", editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, Marzo 1971, Versión Castellana de Sosa Blas.
- 4.- ALLPORT G.W. "Psicología de la Personalidad", editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, Setiembre 1966.
- 5.- AUSEJO Roncagliolo Abel. "El Temor a los Tratamientos Odontológicos, sus causas, consecuencias y manera de evitarlos. Importancia de la Psicología". Tesis (Br) U.N.M.S.M. Lima-Perú. 1962. Facultad de Odontología.
- 6.- AYER William y GABE Elliot. "Psychology and Thumbsucking" J.A.D.A., Volumen 80, Ljune 1970, pp. 1335-1337.
- 7.- BACHRACH Arthur. "Como investigar en Psicología"! Editorial Morata. Madrid 1966.

- 8.- BASH. "Stress" Psicopatología General, Morata Madrid 1965. Pág. 387 ss.
- 9.- BEKEI Marta. "Medicina Psicosomática en Pediatría", editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina 1965.
- 10.- BELA Székely L.C. "Diccionario Enciclopédico de la Psiquis". Editorial Claridad S.A., Buenos Aires, Argentina, 1958. 606 pp.
- 11.- BLAY Foncuberta D. "Hata Yoga", Editorial Iberia, Madrid, España 1965.
- 12.- BROOKS Fowler D. "Psicología de la Adolescencia", Editorial Kapeluz, Buenos Aires, Argentina, Abril 1966.
- 13.- BUHLER Charlote. "La Vida Psíquica del Adolescente", Editorial Espasa Calpe, Buenos Aires, Argentina, Mayo 1947. Traducido por Krebs Sigisfredo del alemán.
- 14.- CARMICHAEL y otros. "Psicología de las Edades", Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, Julio 1967.
- 15.- CHAUCHARD Paul. "El Cerebro y la Conciencia", Ediciones Martínez Roca, de éditions du Paris, Barcelona 1968.

III

- 16.- CHAUCHARD Paul. "El dominio de sí mismo", Ediciones Guadarrama, Madrid, España, 1970.
- 17.- CINOTTY William y GREEDER Arthur. "Psicología Aplicada en la Odontología", Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina, Mayo 1970.
- 18.- CORDOVA César. "Inadecuado tratamiento odontológico en niños como tratamiento psíquico", Tesis (Br) U.N. M.S.M. Lima-Perú, 1972. Programa Académico de Odontología.
- 19.- CROXTON William D.D.S. "Child Behavior and the dental Experience", J. of Dentistry for Children, July 1967.
- 20.- DELGADO Honorio. IBERRICO Mariano. "Psicología", editorial Científico-Médica. Barcelona España, Enero - 1964.
- 21.- ENGLISH Horace B. "Diccionario Manual de Psicología". Librería "El Ateneo", Editorial Buenos Aires, Argentina 1951. 540 pp.
- 22.- FAERMANN De Yakin Ines, Duzande de Vilariño Lidia, "Musicoterapia en Odonpediatría". Revista La Tribuna Odontológica N° 7-8-9 año LVII. Julio-Agosto-Set.1973 pp. 18L-190.

- 23.- FOLLETT Henry DDS. "Influence to dental treatment", J.A.D.A. October 1969, volumen 78 N° 4, pp. 879-884.
- 24.- GOMEZ Herrera Benjamin. "Odontopediatría", editorial Celcius SRL, Buenos Aires, Argentina, Diciembre 1967.
- 25.- HOFLING Charles. Psiquiatría. Editorial Interamericana na Barcelona, España 1970.
- 26.- HOLLANDER Lloy U. "Práctica Dental Moderna", editorial Labor, Barcelona, España, Abril 1969.
- 27.- IRA L. Shannon y GERALD Misbell. Oral Hygiene, "Anes_utesia Dental: reacción adrenocortical". Ed. Latinoamericana. Agosto 1965 p. 20.23.
- 28.- LAND Melvin DDS. "Management of emotional illwrs in dental practice", L.A.D.A., September 1966, volumen 73, N° 3.
- 29.- McCARTHY M. Franck. "Emergencias en Odontología", Editorial "El Ateneo", Buenos Aires, Argentina, Mayo - 1971.
- 30.- McDONAL Ralph E. "Odontología para el niño y el adolescente". Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, Enero 1971.

- 31.- McKENZIE Richard DDS. "A study of selected personality factory in oral surgery patients". J.A.D.A. 1969.
- 32.- MENDEZ Rivas. "Economía Dental". Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina. 1965.
- 33.- MIGONE Alfieri. "Psicología", Centro Federado de Odontología, Lima-Perú pp.25 69-70. Copias. 1969.
- 34.- MILLER Arthur. "Psychological considerations in dentistry" J.A.D.A., October 1970. Volumen 81 N° 4 941-946.
- 35.- OPTON Edward. "Psychological Stress and copin Processes in the practice of dentistry". International Dental Journal, volumen 19, N° 3, September 1969, pp.247 y sgts.
- 36.- PASCUALINI Rodolfo. "Stress", Editorial "El Ateneo", Buenos Aires, Argentina, Diciembre 1951.
- 37.- PIERON Henry. "Psicología". Editorial Kapelusz. Buenos Aires, Argentina 1964. Versión española dirigida por Luis Alfonso. 603 pp.
- 38.- PILLARD y FISHER S. "Aspectos of Axiety in dental - clinics patients". J.A.D.A., volumen 80, June 1970, pp. 1331-1340.

- 39.- PONCE Anibal. "Psicología de la Adolescencia", editorial UTHEA, Mexico, Abril 1939.
- 40.- POPPER Karl . "La lógica de la Investigación Científica". Editorial Tecnos S.A. Madrid 1967. Versión - Castellana de la obra The Logic Scientific Discovery publicada por Hutchinson & Co. Ltd. de Londres. Traducida por Victor Sanchez de Zavala.
- 41.- ROBLES Antonio. "Estructura Dinámica del Psiquismo". Lima-Perú, Agosto 1966. Editorial Studium.
- 42.- RODRIGUEZ Rivas Miguel. "Introducción a los Métodos de la Investigación Social". Programa Académico de Educación. Pontificia Universidad Católica. Lima-Perú, 1970.
- 43.- SCARES Brandao. "Dor em Odontologia", revista de Farmacia e Odontologia", año XXV N° 215, Rio Janeiro - 1959, pp. 21-24.
- 44.- SEGUIN Alberto. "Introducción a la Medicina Psicossomática". Lima-Perú 1947. U.N.M.S.M. Facultad de Medicina.
- 45.- SEGUIN Alberto C., "Psiquiatría y Sociedad". Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú 1966.

- 46.- STERN William, ALLPORT W. y otros. "El Conocimiento de sí mismo y de los demás", Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, Setiembre 1968.
- 47.- STERN William, HOFFMANN y otros. "Psicología de la Adolescencia", editorial Losada S.A., Buenos Aires, Argentina, Diciembre 1943; Traducido del alemán por Luzuriaga.
- 48.- WARREN Howard. "Diccionario de Psicología", Editorial Fondo de Cultura Económica, Mexico, Setiembre 1966.
- 49.- WECKSTEIN Marvin SMD. "Basic Psychology and Dental Practice", Dental Clinics of North América, volumen 14, N° 2 Abril 1970, pp. 379-396.
- 50.- WECKSTEIN Marvin S.M.D. "Practical Applications of Basic Psychiatry to Dentistry", Dental Clinics North América, volumen 4, N° 2 April 1970, pp. 397-409.
- 51.- WHITTAKER James O. "Psicología", Editorial Interamericana, Mexico, Setiembre 1971, Traducido por Men-
dez A.
- 52.- YOUNG K. FLUGEL J.C. y otros. "Psicología de las Actitudes". Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina 1968.

- 53.- ZAPATA Agürto Sergio. "Aspectos Psicodinámicos de la Importencia Psicógena". Tesis (Br) U.N.M.S.M. Lima-Perú 1953. Facultad de Medicina.

A P E N D I C E

APENDICE "A"SIMILITUD ENTRE RASGO Y ACTITUD

Un rasgo es una forma de disposición a la respuesta, también lo es la actitud, ambos guían el curso de la conducta, son considerados de naturaleza biofísica, combinan los frutos de la herencia y los frutos del aprendizaje. Allport 1965.

DISTINCIONES ENTRE RASGOS Y ACTITUD.

Una actitud tiene un objeto de referencia definido, sea natural (material) o conceptual; los rasgos no tienen esa referencia definida; las actitudes pueden ser específicas o definidas o generales, mientras que un rasgo solo puede ser general; además el término actitud significa de ordinario la aceptación o rechazo del objeto o concepto de valor a que la disposición está vinculada. Allport 1965

Tanto la actitud como el rasgo son conceptos indispensables, pues entre los dos abarcan virtualmente todos los tipos de disposiciones de que deben de ocupar la psicología de la personalidad. Allport 1965.

LOS RASGOS DE ACTITUD.

Los rasgos de actitud son modos de ajuste por medio de los cuales las personas se orientan hacia algún aspecto específico de su situación vital, ejemplo: La extroversión como la confianza, aunque concuerden con los criterios que definen un rasgo, es al mismo tiempo una actitud hacia la realidad o competencia respectivamente.

APENDICE "B"

CLASIFICACION DE LOS TEMPERAMENTOS:

1.- Según KRETSCHMER.

	CICLOTIMICOS	ESQUIZOTIMICOS
Psicoeste- sia y tona lidad psí- quica. Ritmo psí- quico.	Proporción diastésica oscilación entre la exitación (alegría) y la depresión (triste- za). La curva del tempera- mento oscila entre la movilidad y la pesadez.	Proporción psiesté- sica oscilación en- tre la hiperestesia (sensibilidad) y la anestesia(frialdad). La curva del tempe- ramento presenta - grandes variaciones: oscila entre la viva cidad caprichosa y la obstinación refrec taria; maneras alter nativas de pensar y sentir.

Psico

CICLOTIMICOS

ESQUIZOTIMICOS

Psicomoti-
lidad.

Adecuada a las exci-
taciones, franca, na-
tural.

A menudo inadecuada a
las excitaciones, re-
servadas, perezosa,
contenida, rígida.

Tipo cor-
poral co-
rrespon-
diente.

Pícnico

Asténico (leptosómico)
Atlético, displácido.

Seguín 1947.

2.- Según SHELDON:

VISCEROTONIA	SOMATOTONIA	CEREBROTONIA
1. Relajación en la postura y en el movimiento.	Firmeza de la postura y del movimiento.	Restricción en la postura y en el movimiento rígidez.
2. Amor de la comodidad física.	Amor de las aventuras físicas.	Exceso de respuesta fisiológico.
3. Reacciones lentas.	Características enérgicas.	Reacciones excesivamente rápidas.
4. Gusto por la comida.	Necesidad y goce con el ejercicio.	Gusto de la vida privada.
5. Socialización del acto de comer.	Gusto por dominar ambición de poder.	Exceso de intensidad mental. Exceso de atención. - Aprensión.
6. Gusto de la digestión.	Afición al riesgo y al azar.	Actitud de secreto de sus sentimientos, restricción emocional.
7. Gusto por las ceremonias de gran cumplimiento.	Maneras directas y atrevidas.	Movilidad consciente de los ojos y de la cabeza.

VII

VISCEROTONIA	SOMATOTONIA	CEREBROTONIA
8. Afición a la soledad.	Valor físico para el combate.	Odio por la sociedad.
9. Amabilidad sin distinciones.	Agresividad competitiva.	Actitud sociales inhibida.
10. Necesidad de afecto y aprobación.	Insensibilidad psicológica.	Resistencia a los hábitos y mala capacidad de alcanzar rutina.
11. Orientación hacia la persona.	Claustrofobia.	Agorafobia.
12. Uniformidad de flujo emocional.	Falta de escrúpulo Falta de delicadeza.	Actitudes que no pueden predecirse.
13. Tolerancia	Voz sin restricciones.	Restricción de la voz. Restricción general en lo referente al ruido.
14. Complacencia	Indiferencia espartana al dolor.	Hipersensibilidad al dolor.
15. Sueño profundo.	Ruidoso en general.	Malos hábitos de sueño, fatiga crónica.

VIII

VISCEROTONIA

SOMATOTONIA

CEREBROTONIA

- | | | |
|---|---|---|
| 16. Característica la falta de moderación. | Apariencia de exceso de madurez. | Maneras de afecto de intensidad juvenil. |
| 17. Comunicación fácil y pareja de los sentimientos extroversión viscerotónica. | Desdoblamiento mental horizontal, extroversión de la somatotonia. | Desdoblamiento mental vertical, introversión. |
| 18. Relajación y sociabilidad bajo la influencia del alcohol. | Afirmación y agresión bajo la influencia del alcohol. | Resistencia al alcohol y otros medicamentos depresores. |
| 19. Necesita de las gentes cuando se encuentra en dificultades. | Necesita de la acción cuando sufre dificultades. | Necesita la soledad cuando sufre transtornos. |
| 20. Orientación hacia la infancia y las relaciones de familia. | Orientación hacia finalidades y actividades de la juventud. | Orientación hacia las etapas tardías de la vida. |

Wittaker 1971.

APENDICE "C"

ESTADOS ANIMICOS PATOLOGICOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

a.- Estados anímicos patológicos con lesión.

I.- Congénitos: Graves: Idiotez.

Menos graves: Imbecilidad.

Leves: Debilidad mental.

II.- Adquiridos: Formas de demencia: Demencia epiléptica, demencia precoz.

b.- Estados anímicos patológicos sin lesión:

I.- Enfermedades del espíritu manifiestas: psicosis funcionales.

II.- Estados patológicos anímicos no totalmente desarrollados equivalentes a constituciones patológicas.

Lesión.- Se entiende por lesión, la lesión de la inteligencia.

Inteligencia.- Comprendidas las funciones psíquicas de memoria, formación de conceptos y capacidad

X

de juicio o convicción.

Existen perturbaciones funcionales sin lesión
de la inteligencia. (Stern y Colas 1943).